

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

**Studijní obor
(kombinace):** Sociální pracovník

SYNDROM DEMENCE DEMENTIA SYNDROME

Bakalářská práce: 10-FP-KSS-3035

Autor:

Petr ŠAŠEK, DiS.

Podpis:

.....

Adresa:

Sokolovské náměstí 305/8

460 01, Liberec 2

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Steskal, CSc.

Konzultant: Mgr. Lucie Ptáčková

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
78	4	1	2	19	4

V Liberci dne: 25.4.2011

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Petr Šašek, DiS.
adresa: Sokolovské náměstí 305/8, Liberec 2, 460 01
studijní obor (kombinace): Sociální pracovník
Název BP: **Syndrom demence**
Název BP v angličtině: **Dementia Syndrome**
Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.
Konzultant: Mgr. Lucie Ptáčková
Termín odevzdání: duben 2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 1. 4. 2010



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): Petr Šašek, DiS.

Datum: _____

Podpis: _____

Název BP: SYNDROM DEMENCE

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.

Podpis: 

Cíl: Zjistit, jakým způsobem je pečováno o osoby, které trpí některou z forem syndromu demence? Jakým způsobem se odlišuje péče o tyto klienty od péče poskytované ostatním klientům pečovatelské služby.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Pozorování, kazuistika

Literatura: HOLMEROVÁ I., a kol., *Alzheimerova choroba v rodině – příručka*, 1.vyd. Brno: Grifart, 2004. 98s.

HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4

HÖSCHL, C. et al.: *Alzheimerova choroba. K vydání připravil J. Hořejší*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999; 96 s. - Edice Symposium sv. 1. ISBN 80-7262-025-8.

JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK F., JIRÁK R., *Alzheimerova nemoc a další demence*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha, Portál 1999, 319 s. ISBN: 80-71782-74-2.

Čestné prohlášení

Název práce: Syndrom demence
Jméno a příjmení autora: Petr Šašek, DiS.
Osobní číslo: P08000448

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 15. 4. 2011

.....
Petr Šašek, DiS.

Poděkování

Děkuji Váženému panu doc. PhDr. Bohumilu Stejskalovi, CSc. za pomoc při tvorbě této bakalářské práce.

Mé díky patří i kolegyním a kolegům z naší organizace, kteří mi byli pokaždé velmi nápomocni při realizaci praktické části této práce.

Dále děkuji mé manželce Janě za podporu a pomoc, stejně tak i mé dceři Johance za to, jak mne při tvorbě této práce dokázala vždy potěšit a rozptýlit svým úsměvem a radostí.

Anotace

Název bakalářské práce: Syndrom demence

Název bakalářské práce v AJ: Dementia syndrome

Název bakalářské práce v NJ: Das Demenzsyndrom

Jméno a příjmení: Petr Šašek, DiS.

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2011

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.

Název práce: Syndrom demence

Resumé: Bakalářská práce se zabývala problematikou syndromu demence a tím, jak tato nemoc ovlivňuje péči o klienty pečovatelské služby. Cílem průzkumu bylo zjistit, jak pečovat o klienty pečovatelské služby, kteří trpí některou z forem syndromu demence. Dále bylo cílem zjistit, zda se odlišuje péče o klienty s demencí, kteří bydlí v domech pečovatelskou službou od péče poskytované klientům v terénu. Práci tvořily dvě části. První část byla teoretická, kde pomocí odborné literatury byla popsána problematika syndromu demence. Praktická část popisovala za pomoci pozorování a studia dokumentů systém péče o 77 klientů s demencí.

Výsledky ukazují na dobrý stav péče o klienty v domech s pečovatelskou službou, ale u klientů v terénu byla péče hůře zajištěna než u klientů v domech s pečovatelskou službou. V případě terénních klientů byla navržena konkrétní opatření v oblasti péče formou zvýšeného dohledu a současně vyšší míra spolupráce s rodinami a dalšími organizacemi.

Za hlavní přínos bylo možné považovat informace o tom, jak početná je skupina klientů s demencí v rámci pečovatelské služby a jaké služby nejčastěji potřebují, a na základě těchto informací bylo možno zlepšit poskytovanou péči.

Klíčová slova: syndrom demence, rozdělení demencí, pečovatelská služba, domy s pečovatelskou službou, klienti v DPS, venkovní (terénní) klienti

Summary: Bachelor thesis was engaged in problems of dementia syndrome and how this disease was affected the caregiving about the clients of social care, esp. day care. The purpose of the resarch was to find how to have a care for day care clients which suffered any types of dementia syndrome. Another one purpose was to find the diferences between caregiving for clients in day care houses and outside clients. The thesis is divided into two parts. The system of care about 77 clients with dementia was described in the practical part by using observation and document analysis. The system of care about 77 clients with dementia was described in the practical part by using observation and document analysis.

The result of research find very good level of care in day care houses but the care of outside clients had lower level than care of clients in day care houses.

For outside clients was concepted concrete task for day care by direct supervisions and higher level of cooperations with family members and other organisations.

The information about quantity of clients with dementia and which types of care the clients with dementia used usually was the main contribution of these research and the result was used to improvements of day caregiving.

Keywords: dementia syndrome, divisions of dementia, day care, houses with day care, clients in day care houses, outside (terrain) clients

Annotation: Die vorliegende Bakkalaureatsarbeit befasst sich mit der Problematik des Demenz-Syndroms und damit, wie diese Krankheit die Pflege der Pflegedienst-Klienten beeinflusst. Das Ziel der Forschung war es zu ermitteln, wie die Pflegedienst-Klienten, die an einer Form des Demenz-Syndroms leiden, betreut werden sollen. Ein weiteres Ziel war es zu ermitteln, ob sich die Pflege der in den Pflegedienst-Häusern wohnenden Klienten mit dem Demenz-Syndrom von der ambulant/im häuslichen Umfeld gewährleisteten Pflege unterscheidet. Die Bakkalaureatsarbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Im theoretischen Teil ist die Problematik des Demenz-Syndroms mit Hilfe bestehender Fachliteratur beschrieben. Der praktische Teil beschreibt das Pflegesystem von 77 Klienten aufgrund von Beobachtungen und Dokumentenanalysen.

Die Ergebnisse beweisen einen guten Stand der Klientenpflege in den Pflegedienst-Häusern. Bei den ambulant/im häuslichen Umfeld betreuten Klienten war die Pflege schlechter sichergestellt als bei den Klienten in den Pflegedienst-Häusern. Was die ambulant betreuten Klienten betrifft, wurden konkrete Maßnahmen im Pflegebereich vorgeschlagen. Es handelt sich da um die Form einer strengeren Überwachung der Klienten und gleichzeitig um eine intensivere Zusammenarbeit mit den Familien und anderen Organisationen.

Als wichtigste Erkenntnisse kann man folgende Informationen betrachten – wie stark die Gruppe der Klienten mit Demenz im Rahmen des Pflegedienstes vertreten ist und welche Dienstleistungen diese Klienten am meisten benötigen. Aufgrund der geschilderten Informationen war es möglich, die gewährleistete Pflege zu verbessern.

Schlüsselwörter: Demenz-Syndrom, Einteilung der Demenzen, Pflegedienst, Pflegedienst-Häuser, Klienten in den Pflegedienst-Häusern, pflegebedürftige/ambulant betreute Klienten im häuslichen Umfeld

Obsah

1 Úvod	10
2 Teoretická část.....	12
2.1 Demence.....	12
2.1.1 Demence Alzheimerova typu (DAT)	14
2.1.2 Vaskulární demence	15
2.1.3 Demence u Parkinsonovy nemoci	16
2.1.4 Demence s Lewyho tělísky (DLB).....	17
2.1.5 Frontotemporální demence (FTD)	18
2.1.6 Demence u Huntingtonovy choroby	18
2.1.7 Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci	19
2.1.8 Ostatní demence	20
2.3 Příznaky demence a stádia choroby	22
2.3.1 Klinické příznaky demence	22
2.3.2 Stádia demencí	23
2.3.2.1 Stádium mírného kognitivního deficitu (MKD).....	24
2.3.2.2 Počínající (mírná) demence.....	25
2.3.2.3 Stádium rozvinuté demence	26
2.3.2.4 Stádium pokročilé demence	27
2.3.2.5 Terminální stádium demence	28
2.4 Diagnostika syndromu demence	30
2.5 Prevence a léčba syndromu demence.....	32
2.5.1 Prevence syndromu demence	32
2.5.2 Léčba syndromu demence	32
2.5.2.1 Farmakologické přístupy	33
2.5.2.2 Nefarmakologické přístupy	33
2.6 Péče o nemocné s demencí.....	35
3 Praktická část.....	37
3.1 Cíl praktické části	37
3.2 Stanovení předpokladů	37
3.3 Použité metody.....	37
3.3.1 Analýza dat.....	38
3.3.2 Pozorování a rozhovor	38
3.3.3 Studium dokumentace klientů	39
3.3.4 Řízený rozhovor s pracovníky pečovatelské služby.....	40
3.4 Popis zkoumaného vzorku	40
3.4.1 Služby poskytované pečovatelskou službou	41
3.5 Průběh průzkumu	43
3.5.1 Základní rozdělení klientů.....	44
3.5.1.1 Klienti DPS	44
3.5.1.2 Klienti v terénu.....	46
3.5.2 Průzkum – průběh a postup.....	48
3.6 Získaná data a jejich interpretace	50
3.7.1 Klienti se syndromem demence bydlící v DPS	50
3.7.2 Klienti v terénu – vícečetná péče	58
3.7.3 Klienti v terénu – úkon dovoz oběda	63
3.7.4 Interpretace získaných dat	65
3.7.4.1 Výskyt jednotlivých typů demencí u klientů pečovatelské služby	65

3.7.4.2 Stav péče o klienty s demencí v DPS	67
3.7.4.3 Stav péče o klienty v terénu – více úkonů.....	69
3.7.4.4 Stav péče o klienty s demencí v terénu	71
3.7.4.5 Ověření předpokladů	72
4 Závěr.....	74
5 Navrhovaná opatření	75
6 Seznam použitých zdrojů	77
7 Seznam příloh.....	78

Seznam použitých zkratk

ACE-R – komplexní Addenbrookský kognitivní test

ADL – test základních činností sebeobsluhy

AIDS – Syndrom získaného imunodeficitu

BSE - Bovine Spongiform Encephalopathy - houbovité chorobné změny mozku

CJD – Creutzfeldt-Jakobova nemoc

CNS – centrální nervová soustava

CT – vyšetření za pomoci počítačové tomografie

CZaSP – Centrum zdravotní a sociální péče Liberec, p.o.

ČALS – Česká alzheimerovská společnost

DAD-CZ - dotazníku pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s DAT

DAT – demence Alzheimerova typu

DLB – demence s Lewyho tělísky

DPN – demence u Parkinsonovi nemoci

DPS – dům s pečovatelskou službou

EEG – vyšetření za pomoci elektroencefalografie

FAQ-CZ - česká verze dotazníku funkčního stavu

FTP – frontotemporální demence

HIV - Human immunodeficiency virus - virus lidského imunodeficitu

IP – individuální plánování

iADL – test instrumentálních denních činností

MKD – mírný kognitivní deficit

MMSE – mini-mental state examination – test kognitivních funkcí

MR – vyšetření za pomoci magnetické rezonance

MOCA - Montreal Cognitive Assessment – test kognitivních funkcí

P-PA-IA – strategie ČALS – podpora, programové aktivity, individualizovaná asistence

PN – Parkinsonova nemoc

PnP – příspěvek na péči

PS – pečovatelská služba

S. A. – sociální anamnéza

VD – vaskulární demence

Z. A. – zdravotní anamnéza

1 ÚVOD

Stáří a stárnutí je neodmyslitelnou součástí lidského života. Většinou je vnímáno jako klid, zasloužený odpočinek, zmírnění životního tempa, radost z prožitého a poznaného, zúročení životních zkušeností. Lidé se těší na to, že konečně budou mít čas na koníčky, vnoučata a všechno, co v produktivním věku nestihli. Chtějí se těšit z užitku své práce, z porozumění svých dětí, uznání společnosti a ze spousty drobných radostí, třeba ze zjištění, že každý okamžik má smysl, že každé ráno znovu vychází slunce.

Bohužel, součástí stárnutí nejsou jen příjemné věci, ale součástí tohoto nezastavitelného procesu jsou i věci, které dokážou změnit tento čas doslova v hororovou událost. Jednou z nejhorších věcí, která může člověka v senu potkat je, když se u něj začnou objevovat příznaky syndromu demence.

Syndrom demence je soubor onemocnění, které v dnešní době postihuje velkou část naší seniorské populace, přičemž výskyt těchto onemocnění se stupňuje s přibývajícím věkem. Při dnešním trendu stárnutí populace, bude tento problém stále více zasahovat do fungování celé naší společnosti.

Jaké jsou možnosti péče o naše spoluobčany, kteří trpí touto chorobou? Jak k těmto lidem v rámci pečovatelské služby přistupovat?

Možnosti péče o tyto nemocné jsou minimálně v první fázi této nemoci hlavně na straně rodiny nemocného, ti v tomto období potřebují hlavně základní informační servis a lékařské poradenství. Až posléze, s postupem nemoci, se na řadu dostává potřeba pomoci ze strany profesionálních pečovatelských a organizací. A právě v této chvíli přichází ke slovu možnost pečovatelské služby jakožto poskytovatel pomoci, který dokáže značně ulehčit břemeno zátěže o nemocného člena rodiny. Péče o tyto klienty v rámci poskytování pečovatelské služby jsou značně různorodé, je však nutno brát v potaz značnou specifickou těchto klientů vyplývající z jejich onemocnění.

Důležitou roli hraje i počet těchto klientů v rámci cílové skupiny dané organizace, tento počet souvisí i s velikostí lokality, ve které organizace zajišťuje služby. Je logické, že čím větší spádová oblast nebo lokalita, tím častěji se budou pracovníci organizace setkávat s klienty, kteří trpí některou z forem demence. Vzhledem k počtu obyvatel v dané lokalitě nebo oblasti se dá relativně odhadnout, kolik potenciálních klientů může být touto chorobou postiženo.

Pro organizace poskytující pečovatelskou službu by neměl být problém zajistit adekvátní péči, a to jak v domácím prostředí u klientů v terénu, tak i u klientů v domech s pečovatelskou péčí (DPS). V naší organizaci pracujeme se seniory, kteří trpí syndromem demence, přičemž samozřejmostí je spolupráce s jejich rodinami. I v mém okolí jsou také osoby s demencí, proto jsem na problematiku syndromu demence a péče o osoby trpící touto chorobou zaměřil svoji bakalářskou práci. Péče o tyto osoby je velmi náročná jak pro rodinné příslušníky, kteří se rozhodnou pečovat o svého blízkého, tak i pro personál ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení.

Popis problematiky syndromu demence a specifika péče o klienty pečovatelské služby, kteří tímto syndromem trpí, jsou stěžejním bodem této práce.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Demence

Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“, a předpony „de-“, která značí „od-“. Slovo „demens“ tedy znamená „šílený“, tedy něco, co myslí pozbylo. Definice demence podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí zní: „Demence F00 - F03 je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“¹

Jiráček, Homerová, Borzová a kol. (2009) uvádějí tuto charakteristiku demence: „demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce, tzv. exekutivní (výkonové) funkce, funkce zajišťující účelné jednání a další. Vědomí není u demencí zastřeno.“²

Demence je označením pro syndrom, pro jehož diagnózu musejí být splněna následující diagnostická kritéria:

- Získaná globální kognitivní porucha postihující paměť a nejméně jednu další oblast, tedy např. řeč, myšlení, orientaci, poznávání, úsudek, abstrakci, učení atd.
- Kognitivní poruchy zhoršují pracovní a společenské zapojení pacienta. Nejprve jsou postižení komplexní, složité činnosti (řízení vozu, ovládání mobilního telefonu), v pozdějších fázích i schopnost provádět základní sebeobslužné úkony.
- Postupující progresse postižení (pro diagnózu je nutné trvání poruchy nejméně šest měsíců).

Demence je získané postižení, na rozdíl od mentální retardace. Může k němu dojít až po dosažení určitého stupně rozumového vývoje. Demence vzniká na základě organického postižení centrální nervové soustavy. Výskyt demence stoupá s věkem, vzhledem k stárnutí

¹ MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování.*

² JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.11

lidské populace jako takové tento problém má stále větší zdravotnické i společenské důsledky. Jiráček, Holmerová, Borzová a kol (2009) uvádějí tento odhad počtu pacientů trpících demencí v ČR: „V České republice je asi 100 000 nemocných s demencí, prevalence (četnost výskytu) je tedy asi 1% všech občanů. V populaci starší než 65 let je četnost výskytu asi 5%, objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30-50% jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok.“³

Vágnerová (2003) uvádí tyto příčiny vzniku demence: „demence vzniká na základě organického poškození CNS. Příčina vzniku tohoto postižení může být různá, mohou jí vyvolat různé faktory, které se mohou ve svém účinku vzájemně ovlivňovat. Genetické dispozice mohou být příčinou vzniku demence, tak je tomu např. u Alzheimerovy choroby. Porucha dědičných předpokladů může být různá. Vnější vlivy, fyzikální, chemické a biologické faktory mohou rovněž přispět ke vzniku demence, eventuálně mohou být její přímou příčinou (v případech úrazů a otrav).“⁴

Štěpánková a Steinová uvádějí tento přehled kognitivních funkcí:

„Receptivní funkce – zahrnují schopnost vybírat, získávat, klasifikovat a integrovat informace
Paměťové schopnosti a učení se vztahují k ukládání a vybavení informací

Myšlení – zahrnuje mentální organizaci reorganizaci informací

Expresivní funkce – jsou prostředky, jimiž jsou informace komunikovány či je s nimi konáno.“⁵

Toto onemocnění má vysoký invalidizující potenciál a rozsáhlý celospolečenský dopad. Postižení, kteří trpí demencí, jsou zpočátku pouze lehce odkázáni na péči rodiny, postupně však začínají být nesoběstační, posléze s postupující chorobou přichází nutnost péče ve specializovaných zařízeních, jako jsou nemocnice a ústavy sociální péče.

Typy demencí

- 1) Demence Alzheimerova typu (DAT)
- 2) Vaskulární demence (VD)
- 3) Demence u Parkinsonovy choroby (DPN)
- 4) Demence s Lewyho tělísky (DLB)
- 5) Frontotemporální demence (FTD)
- 6) Demence u Huntingtonovi choroby

³ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.21

⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*, s.46

⁵ ŠTĚPÁNKOVÁ, H., STEINOVÁ, D. *Trénování paměti – metodická příručka*. s.46

7) Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci (CJD)

8) ostatní demence (infekčního původu a další)

2.1.1 Demence Alzheimerova typu (DAT)

- jedná se o jednu z nejčastějších forem demence. Různé zdroje uvádějí, že DAT se vyskytuje ve více jak 50% všech případů. V první fázi se vyskytují poruchy paměti (krátkodobé, poruchy všípivosti apod.), posléze se objevují poruchy orientace v prostoru i čase. Následuje bloudění, ztráta schopnosti logického uvažování, postupně dojde k poruše paměti ve všech oblastech – dochází k úplné dezorientaci (zapomínají jména, tváře, kde bydlí, zpomalení myšlení apod.). Nemoc probíhá po dobu cca 7-10 let, dochází i k výjimkám na obou stranách. Tato demence je nejznámější formou demence, navíc se právě na tuto demenci soustředí i činnost řady organizací, které působí v oblasti informování a pomoci odborné i laické veřejnosti, která se o problematiku demencí zajímá nebo je jí přímo dotčena. Těmito organizacemi jsou ve světě např. Alzheimer Europe, u nás Česká Alzheimerovská společnost.

Charakteristika DAT dle MKN-10 (F00, G 30): „Alzheimerova choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let. DAT s časným začátkem - demence u Alzheimerovy choroby, která začíná před 65. rokem, s relativně rychle se zhoršujícím průběhem a s výraznými mnohočetnými poruchami vyšších kórových funkcí. Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem, která začíná po 65. roce, obvykle v 70 letech a později. Má pozvolný průběh. Hlavním příznakem je porucha paměti.“⁶

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol (2007) uvádějí tento popis DAT: „Alzheimerova choroba je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení. S tím souvisí poškození funkce mozku. Zhoršuje se paměť, pozornost a schopnost soustředění. Řeč pacienta se zjednodušuje, mění se jeho nálada a chování.“⁷

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009) uvádějí tuto charakteristiku: „Je to pomalu vznikající demence, s průběhem lineárně progredientním (plynulé zhoršování bez větších výkyvů). Ve stadiu těžké demence bývají poruchy chůze a jemné pohyblivosti, těžké poruchy

⁶ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*

⁷ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s.39

paměti, aktivit denního života i chování a emocí. Alzheimerova choroba končí smrtí a trvá obvykle od objevení se prvních příznaků do smrti 7-10 let. V mladším věku u forem s časným začátkem a genetickým podmíněním, může být průběh i rychlejší.“⁸

Vágnerová (2003) popisuje tuto klinickou charakteristiku DAT: „AD se rozvíjí pozvolna, pomalu a plynule. Jednotlivé příznaky se objevují postupně a zpočátku celkem nenápadně. Teprve po určité době si okolí uvědomí, že se nemocný změnil. Progrese potíží začne být zřejmá mezi 2. a 4. rokem od začátku onemocnění. Psychické funkce jsou postiženy rovnoměrně, úpadek je komplexní, zahrnuje veškeré kompetence i osobnost nemocného.“⁹

2.1.2 Vaskulární demence

Tento typ demence vzniká narušením cévního zásobení mozku. K narušení zásobení dochází z důvodu zúžení či postupného ucpání mozkových cév, anebo když dojde ke krvácení. Nejčastějšími oběťmi této demence jsou kuřáci, obézní lidé, lidé s diabetes mellitus, lidé se srdečními onemocněními, dále lidé trpící vysokým krevním tlakem apod.

Charakteristika Vaskulární demence dle MKN 10 (F 01): „Vaskulární demence je následek mozkových infarktů, způsobených cévní chorobou včetně hypertenzní cerebrovaskulární choroby. Infarkty jsou většinou malé, ale jejich vliv se kumuluje. Výskyt je obvykle v pozdním věku.

Patří sem:

VD s akutním začátkem - obvykle se vyvíjí rychle po opakovaných iktech, způsobených mozkovou trombózou, embolií nebo krvácením. Ve vzácných případech může být příčinou i jediná masivní ischemická nekróza.

Multiinfarktová demence - začátek je postupnější. Vzniká jako následek řady přechodných ischemických příhod, které vedou k hromadění ischemických nekróz v mozkovém parenchymu.

Subkortikální VD - zahrnuje případy s anamnézou hypertenze a ložisky ischemické destrukce v hloubce bílé hmoty mozkových hemisfér. Mozková kůra je obvykle zachována, toto kontrastuje s klinickým obrazem, který značně připomíná demenci u Alzheimerovy nemoci.“¹⁰

⁸ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.32

⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro sociální pracovníky, 1.díl*, s.54

¹⁰ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*

Rusina a Matěj (2009) uvádějí ve svém článku o VD toto: „na vaskulární demenci lze nahlížet jako na důsledek ischemického nebo hemoragického poškození mozkové tkáně, jež se projeví alternací kognitivních funkcí. K rozvoji demence dochází do 3 měsíců po prokázaném iktu. Dochází k náhlému zhoršení kognitivních funkcí, nebo ke kolísavým, schodovitým progresům kognitivní deteriorace.“¹¹

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007) popisují VD takto: „Jedná se o celou skupinu onemocnění, VD nemají zcela typický či uniformní klinický obraz, i když lze vytipovat některé společné rysy. Poměrně dlouho bývá zachován náhled a úsudek. Zhoršování kognitivních funkcí není zpravidla rovnoměrné, takže se může vyskytovat např. zhoršení intelektových funkcí, poruchy paměti a ložiskové neurologické příznaky. Pravděpodobnost diagnózy zvyšují náhlý začátek nebo postupná deteriorace, která probíhá skokovitě. Typicky jsou přítomná další kardiovaskulární nebo cerebovaskulární onemocnění. Typická je emoční labilita, záchvatovitý smích nebo pláč, depresivní ladění apod. Osobnost bývá relativně dlouho zachována, v některých případech může docházet k setření anebo zvýraznění povahových rysů nebo k výrazným změnám, typické je sobectví, vztahovačnost apod.“¹²

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009) uvádějí tuto charakteristiku VD: „Příznaky vznikají poměrně rychle, příznačná je častá a někdy v čase rychlá změna stavu pacienta. Je zpomalený, popletený, najednou nerozumí situaci, často se epizodicky vyskytují depresivní příznaky (smutná nálada, pocit mála energie, touha nebýt apod.) Příznaky se v průběhu času mění, časté jsou delirantní stavy, kdy je pacient dezorientován (nespavost, snaha utíkat z domova apod.).“¹³

2.1.3 Demence u Parkinsonovy nemoci

Parkinsonova nemoc je neurogenerativní nemoc postihující mozkový kmen. Nemoc začíná obvykle kolem 58-60 let. Postihuje cca 100-150 pacientů na 100 000 obyvatel. Nemoc se projevuje hybnými příznaky a dále bradykinezi (progresivní snížení rychlosti a amplitudy všech pohybů, porucha iniciace volního pohybu) a dále jeden z příznaků, jako jsou svalová rigidita nebo klidový třes.

Demence se vyskytuje u 20-40% nemocných trpících Parkinsonovou nemocí.

¹¹ RUSINA, R., MATĚJ, R., *Vaskulární demence*, s.250-251

¹² HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s.41

¹³ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.55

Demence u Parkinsonovy choroby (F02.3) dle MKN-10 je popsána jako: „Demence se vyvíjí v průběhu diagnostikované Parkinsonovy nemoci. Dosud nebyly prokázány její žádné zvláštní rozlišující klinické projevy.“¹⁴

Demence bývá u tohoto onemocnění přítomna u cca 20-40% nemocných, a to pouze u nemocných starších 50 let. Jiráček, Holmerová, Borzová a kol (2009) uvádějí tyto klinické příznaky: „demence je většinou lehkého až středního stupně, bývá zachovaný náhled. Krom poruch paměti bývá zhoršena pozornost a schopnost soustředit se výrazně kolísá. Myšlení a psychomotorické tempo jsou zpomalené, nemocní jsou apatičtí. Narušeny jsou exekutivní funkce – schopnost formulovat a řešit problémy, řadit myšlenky do souvislostí, pracovat s myšlenkami, udržet je. Jsou oslabeny vlastní aktivity. Dalšími typickými neuropsychiatrickými příznaky jsou změny osobnosti a poruchy nálad, zrakové a sluchové halucinace a bludy.“¹⁵

Jiráček a Laňková (2007) uvádějí, že: „demence u PN je dle některých autorů pokládána za jiný klinický projev demence s Lewyho tělísky (DLB), přičemž demence je pozdním projevem PN.“¹⁶

2.1.4 Demence s Lewyho tělísky (DLB)

V tomto případě se jedná o chorobu, která stojí na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Její výskyt je v pozdním stáří (75-80 let) dosti vysoký, odhaduje se že DLB se vyskytuje jako 10 až 20% ze všech demencí.

Jiráček, Holmerová a Borzová a kol., popisují DLB takto: „DLB má klinické příznaky AN i PN a svoje vlastní specifické příznaky – především scénické halucinace lidských postav a zvířat, kolísavou úroveň soustředěnosti a kvality vědomí a zvýšenou citlivost k antipsychotickým lékům (neuroleptikům).“¹⁷

Dle Jiráčka a Laňkové (2007) se v případě DLB jedná o situaci, kdy je přítomno variabilní množství Lewyho tělísek v kortexu (v mozkové kůře).¹⁸

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007) uvádějí tento popis DLB: „nemoc má relativně rychlý začátek a zpočátku relativně rychle progreduje, posléze se stav může i na několik let stabilizovat. Lidé s DLB trpí často prostorovou dezorientací, ale jejich paměť může být

¹⁴ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*

¹⁵ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.40-41

¹⁶ JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J. *Demence – doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeob. prakt. lékaře* s.4

¹⁷ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.36

¹⁸ JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J. *Demence – doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeob. prakt. lékaře* s.4

relativně zachována. Nemocní lidé trpí také často velmi naléhavými zrakovými halucinacemi, v noci těžkými a divokými sny a neklidným spánkem.“¹⁹

2.1.5 Frontotemporální demence (FTD)

nebo také Frontotemporální lobární degenerace (FTLD) patří mezi méně časté formy. Objevuje se asi v 10 % případů. K této nemoci patří i ve starších publikacích uváděná demence u Pickovy choroby (Pickův komplex). Vyskytuje se nejčastěji mezi 45. a 65. rokem. Průměrné trvání nemoci je 8 let, v rozmezí od 2 do 20 let. Typické pro tuto formu demence jsou poruchy chování.

Jiráček a Laňková (2007) uvádějí, že: „FTD je druhou nejčastější formou ve věkové skupině do 65 let, hned za DAT.“²⁰

Rektorová (2006) ve svém článku uvádí tuto charakteristiku: „FTLD je po Alzheimerově demenci a demenci s Lewyho tělísky třetí nejčastější příčinou demence. Onemocnění začíná obvykle před 65. rokem věku (rozpětí 35-75 let) a ve srovnání s DAT mají pacienti s FTLD kratší dobu přežití a rychlejší progresi poruchy kognitivních funkcí a funkčního deficitu.“²¹

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007) uvádějí tuto charakteristiku: „jedná se o skupinu onemocnění, kterou charakterizuje postižení frontálních a temporálních laloků mozku (a přítomnost klubíček tau proteinu, Pickových tělísek), tedy těch oblastí, které jsou odpovědné za chování, emotivitu a řečové funkce.“²²

2.1.6 Demence u Huntingtonovy choroby

Jedná se o vzácnou dědičnou chorobu (1 člověk z 15000), prvně popsanou v roce 1872. Při této chorobě dochází k hromadění škodlivých bílkovin (produkovaných na základě chybné genetické informace na čtvrtém chromozomu, přičemž organismus není chopen tuto bílkovinu odstranit) v mozku. Tato bílkovina ničí mozkové buňky, v první řadě v oblasti, ze které je řízen pohyb (proto dochází k projevům chorea – nekoordinovaných kroutivých pohybů), posléze jsou zasaženy i další oblasti mozku. Pro tuto chorobu je typický začátek okolo 35. roku věku, nemoc se projevuje mimovolními pohyby, poruchou chůze, řeči, polykání

¹⁹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s.43

²⁰ JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J. *Demence – doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeob. prakt. lékaře* s.4

²¹ REKTOROVÁ Irena, *Frontotemporální lobární degenerace – diagnóza z neuro-psychiatrického pomezí* s.199

²² HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s.45

a dalšími příznaky spolu s psychickými potížemi (změny osobnosti a povahy, deprese a samozřejmě demence).

Demence u Huntingtonovy choroby (F02.2) charakterizuje MKN-10 jako: „demence, vyskytující se jako část difuzní degenerace mozku. Porucha je přenášena jediným autosomálně dominantním genem. Symptomy se typicky hlásí ve 3. a 4. dekádě. Progrese je pomalá. Vede ke smrti obvykle během 10–15 let.“²³

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009) uvádějí tuto charakteristiku: „jedná se o vzácné dědičné onemocnění s počátkem ve středním, produktivním věku. Onemocnění poměrně nemilosrdně progreduje a je mu vlastní, že devastuje zdravotní stav postiženého jedince a výrazně snižuje kvalitu jeho života. Člen rodiny s Huntingtonovou nemocí (HN) omezuje i fungování zbytku rodiny či pečovatele.“²⁴

2.1.7 Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci

CJN patří do skupiny tzv. prionových nemocí, tedy chorob, které se vyskytují jak u lidí, tak i u zvířat, přičemž dochází ke změnám v mozkové tkáni (hromadění škodlivého prionového proteinu, přičemž dochází k houbovým změnám mozku). Nemoc má dlouhou inkubační dobu, po propuknutí choroby však dochází k rychlému postupu nemoci, přičemž tato choroba je smrtelná a nelze ji léčit. Tato choroba se stala velice známou díky hysterii okolo epidemie BSE ve Velké Británii (v tomto případě se jednalo o tzv. Novou variantu CJN – vCJN), kdy se předpokládalo, že touto chorobou se lze nakazit od zvířat, a že tato nákaza vede posléze k Creutzfeldt-Jakobově nemoci. I přes veškerou snahu se toto podezření dosud nepodařilo přesvědčivě prokázat.

Mareš, Urbánek a Herzig (2003) uvádějí ve svém článku tento popis CJD: „se vyskytuje sporadicky (v poměru 1 : 1 000 000) celosvětově. Postihuje především starší osoby kolem pětadesáti let, které mají dědičnou predispozici – mutovaný gen. Z 10–15 % je hereditárního původu (asi 30 subtypů s různou mutací), kdy prionová infekce vede u postiženého ke změně genotypu a dále se již nemoc přenáší v rodině vrozeně. Iatrogenní CJD (v méně než v 5 % případů) vzniká především při transplantaci rohovky, implantaci dury mater, kontaminací chirurgických nástrojů a injekcí růstového hormonu. Sporadická CJD se vyskytuje v 85 % případů (asi 1 : 1 000 000 obyvatel/rok). Nastává změna v chování,

²³ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*

²⁴ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.48

pokles intelektu, třes, který se stupňuje (např. světlem), brzy dochází k demenci a svalovým atrofiím.²⁵

Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci (F02.1) charakterizuje MKN-10 jako: „Progresivní demence s velkým neurologickým nálezem, způsobeným specifickými neuropatologickými změnami, o nichž se domníváme, že jsou způsobeny přenosným agens. Začátek je obvykle ve středním nebo pozdějším věku, ale může se vyskytnout kdykoli během dospělosti. Průběh vede k smrti během jednoho až dvou let.“²⁶

Do skupiny prionových nemocí patří i známá nemoc Kuru (A81.8 dle MKN-10). Toto první popsané prionové onemocnění postihovalo kanibaly z kmene Fore na ostrově Papua - Nová Guinea, kteří praktikovali rituální pojídání mozků svých obětí. Nemoc se projevovala třesem, poruchami rovnováhy, šišláním apod. Smrt nastala do jednoho roku od objevení se příznaků. Po skončení kanibalismu tato nemoc téměř zmizela.

2.1.8 Ostatní demence

Mezi další příčiny vzniku demencí patří například:

- Normotenzní hydrocefalus – je to léčitelná choroba, podmínkou úspěšné léčby je včasná diagnóza. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007) popisují tuto chorobu takto: „jde o rozšíření mozkových komor na úkor mozkové tkáně. Hydrocefalus se vyvíjí v důsledku poruchy vstřebávání mozkomíšního moku, mozkové komory se tak zvětšují na úkor mozkové tkáně, která je zejména ve vyšším věku poddajnější.“²⁷ Nemoc se projevuje také jedním výrazným aspektem, a tím je tzv. dráždivý močový měchýř – tedy časté až velmi časté močení až inkontinence.
- Metabolické demence – těmito chorobami jsou demence, které se vyskytují při selhání jater nebo při selhání ledvin, kdy dochází k tomu, že je mozek zaplaven toxickými látkami. Další je např. Wilsonova choroba – jedná se o poruchu metabolismu mědi (E83.0 dle MKN-10). Dochází k ukládání mědi v mozku, játrech a v očích. Tato choroba je léčitelná, stejně tak i ostatní metabolické demence, nutné je však léčit základní příčinu, tedy samu metabolickou poruchu, ne demenci.
- Demence způsobené intoxikací – CNS je možné značně poškodit působením některých látek. Typickým příkladem je alkoholová demence - tato demence je i v rámci populace v ČR značně rozšířená. Tato demence vzniká při dlouhodobém

²⁵ MAREŠ, J., URBÁNEK, K., HERZIG, R. *Nová varianta Creutzfeldt-Jakobovy nemoci*

²⁶ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*

²⁷ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s.48

zneužívání velkých dávek alkoholu. Jak uvádí Vágnerová (2003): Dlouholeté nadužívání alkoholu vede k poškození CNS, které se projevuje poruchou paměti a postupným úpadkem inteligence.“²⁸ Dalším typem demence je demence způsobená intoxikací oxidem uhelnatým (CO).

- Demence infekčního původu – nejznámější je asi demence způsobená luetickou infekcí (syfilis – A51 dle MKN-10). Pro tuto nemoc je typická progresivní paralýza – chronický zánět mozku vedoucí k úbytku tkáně. Další formou jsou gummata mozku, tedy zánětlivá ložiska kulovitého tvaru. A poslední formou může být postižení mozkových cév, tato demence je dost podobná vaskulární demenci.

Další demenci vyvolává nemoc AIDS, jak uvádějí Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009): „na vzniku demence se podílí jednak sám vyvolávající virus HIV, jednak více faktorů při selhání imunity, například přerůstání plísňových infekcí. Demence při AIDS zatím není léčitelná. Setkáváme se s ní spíše u populace mladšího a hlavně středního věku, ale nelze ji vyloučit ani u seniorů.“²⁹

- Farmakogenní demence – jak lze usoudit z názvu, tyto demence vznikají působením některých léků. V tomto případě se naštěstí jedná o vratné, plně léčitelné demence. Důvodem vzniku těchto demencí je tzv. polypragmazie – tedy podání mnoha léků současně. Jednotlivé léky se mohou vzájemně ovlivňovat, nebo negativně ovlivňují mozkovou činnost při dlouhodobém užívání. Obzvláště ohroženou skupinou jsou právě senioři, trpící velkou polymorbiditou a tedy tím jsou nuceni užívat velké množství různých farmak.
- Posttraumatické demence – tyto demence jsou způsobeny úrazem hlavy, přičemž však musí dojít k závažnému úrazu, např. standardní otřes mozku (komoce) sice může například způsobit výpadek paměti, ale nehrozí, že by jeho následkem u osoby propukla demence. Těžké úrazy způsobují kontuzní ložiska (pohmoždění) – následky tohoto poškození jsou dány tím, jaká část mozku je poškozena, např. pokud je poškozen levý spánkový lalok – mohou být způsobeny poruchy řeči – jako zadržávání, neschopnost pojmenovat věci apod.

Pro posttraumatickou demenci je charakteristické toto: vždy souvisí s úrazem, rozvíjí se poměrně rychle a má obvykle stacionární charakter

- Demence způsobená avitaminózou – jedná se o situaci, kdy nedostatek některých vitamínů se může podílet na vzniku demence. Konkrétně se jedná jeden ze skupiny

²⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro sociální pracovníky 2.díl.* s.54

²⁹ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.57

B vitamínů – niacin, který je potřebný pro udržení správné úrovně poznávacích funkcí. Nedostatek tohoto vitamínu způsobuje demenci nazývanou pellagra. Tato demence (jedná se o léčitelnou chorobu) se projevuje krom demence také kožními záněty a průjmy. Rovněž se ukazuje, že projevy nedostatek některých vitamínů (vitamín B₁₂) může působit jako urychlovač začátku demence i jejího průběhu.

2.3 Příznaky demence a stadia choroby

2.3.1 Klinické příznaky demence

Při demenci dochází k výskytu tři základních oblastí postižení u nemocného člověka, přičemž tyto oblasti postižení se vzájemně prolínají. Jedná se o tyto oblasti:

- 1) oblast kognitivních funkcí
- 2) oblast aktivit denního života
- 3) oblast behaviorální a psychologická

Ad 1) U většiny demencí se povětšinou postižení projevuje poruchami paměti, přičemž typickým případem je Alzheimerova choroba (typické je zapomínání termínů schůzek, zapomínání správného měsíce a roku apod.), k opačné situaci dochází u Frontotemporální demence (zde dochází nejdříve k poruchám chování) a dále při demenci u Parkinsonovy choroby (v tomto případě dochází nejprve k poruchám výkonových funkcí jako je schopnost plánovat složitější úkoly apod.).

Ad 2) Při demenci dochází k ovlivnění celé řady běžných dovedností, dochází k zhoršení profesních a sebepečujících schopností apod. Typické jsou například obtíže při řešení složitějších úkonů (např. finanční záležitosti), pokles zájmu o koníčky, problém s používáním nových domácích spotřebičů a přístrojů (PC, mobil apod.), a také schopností se adekvátně oblékat (např. do zaměstnání apod.). S postupem nemoci dochází k postupné ztrátě schopnosti postarat se o sebe sama ve všech oblastech běžných denních činností (oblékání, hygiena), přičemž v konečném stádiu je nemocný člověk plně odkázán na péči od svého okolí.

Ad 3) Oblast behaviorálních příznaků demence – jedná se o nejvíce problematické projevy nemoci, které působí značné problémy jak okolí nemocného, tak i jemu samotnému. Tyto projevy jsou obvyklé spíše u pokročilé demence (u FTD se poruchy chování objevují již od propuknutí choroby). Typickými jsou např. pro DAT stavy neklidu (agitovanosti). Silný

neklid může přejít až do agresivity (napadání členů rodiny verbálně i slovně), dále se může jednat o neustálé přenášení a zakládání věcí apod.

Oblast psychologických příznaků demence – v některých případech se u demencí objevují různé psychotické příznaky, jako jsou bludy (např. že je nemocný okrádán), dále může dojít k poruchám vnímání, jako jsou halucinace (z vlastní zkušenosti vím od jedné z klientek, že jí pravidelně nějaký muž spí ve vaně).

Dále může dojít k stavům deliria. Tyto stavy se velmi často vyskytují u demence s Lewyho tělísky. Deliria nastávají většinou z důvodu nějakého jiného podnětu (např. má nemocný nějakou infekci, nebo došlo k nevhodné medikaci apod.).

U nemocných dochází i k poruchám emocí (afektů a nálad) – k těmto poruchám dochází u demencí velice často a to značně nečekaně. Nejčastějším a značně problematickým jsou stavy afektu (především se jedná o vztek, nebo naopak afekt smutku spojený s pláčem, z vlastní zkušenosti vím, že pokud nemocný se ocitne ve stavu afektovaného vzteku nebo smutku, dochází k velice náročné situaci na psychiku pečujícího). Dalším závažným projevem jsou deprese, hojně se vyskytující například u DAT (uvádí se výskyt až 20-50% všech nemocných), časté jsou i u DLB.

Významným projevem jsou poruchy spánku (jak nespavost, tak i naopak nadměrná spavost, nebo úplné obrácení - inverze denního a nočního rytmu). Tento problém se vyskytuje u nemocných demencí velice často. Z vlastní zkušenosti vím, jak je obtížné udržet v bdělém stavu klienta, který má zcela obrácený rytmus spánku a bdění, tedy přes den by stále spal a pak je plně aktivní přes noc. Tyto problémy značně zatěžují hlavně život pečujících osob.

2.3.2 Stádia demencí

Syndrom demence je onemocněním, které od počátečního stavu prvních příznaků nemilosrdně progreduje do stavu, kdy je nemocný plně odkázán na ošetrovatelskou péči, přičemž po terminálním stádiu trvajícím max. několik týdnů nastává smrt. I přes nasazení nejnovějších léků je tato choroba smrtelná, lze maximálně prodloužit určitá období fáze této nemoci za pomoci podání nejnovějších účinných léčiv, přesto ale ve finále bohužel nemocný končí jako plně imobilizovaný jedinec s minimální schopností komunikovat, dochází u něj k plné inkontinenci, nedokáže porozumět svému okolí a je neschopen jakékoli aktivity.

Jak uvádí Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007) ve své publikaci: „Demence sama o sobě nebývá příčinou smrti, tu způsobuje další závažné přidružené onemocnění, často bronchopneumonie, septický stav, srdeční selhání nebo cévní mozková příhoda. Demence

způsobuje postupné zhoršování stavu, progreduje do terminálního stadia, které je charakteristické nesoběstačností, minimální schopností komunikace, křehkostí a náchylností ke komplikacím. Člověk se stává závislým na pomoci druhých, je upoután na lůžko. Komunikace s pacientem v terminálních fázích demence je velmi obtížná, minimální, téměř se může zdát vymizelá.“³⁰

Obecně jsou u demence uváděny tři stadia choroby:

- a) počínající (mírná) demence
- b) rozvinutá demence
- c) těžká demence

K těmto třem stádiím patří i stádium mírného kognitivního deficitu (období před vypuknutím samotné demence) a terminální fáze nemoci. Problémem je, že většina pacientů trpících demencí není včas diagnostikována, v mnoha případech není tato choroba ve svém raném stádiu zachycena a rozpoznána oštěpujícím lékařem vůbec. A přitom právě včasné rozpoznání začínající mírné kognitivní poruchy stále více nabývá na důležitosti. Svou roli hraje i prevence syndromu demence, přičemž základním přístupem je dodržování zásad zdravého životního stylu, tedy vyhnout se přílišné konzumaci alkoholu, nekouřit, pravidelný pohyb apod.

Jednotlivá stadia demence:

- 1) mírný kognitivní deficit
- 2) počínající (mírná) demence
- 3) rozvinutá demence
- 4) těžká demence
- 5) terminální stádium

2.3.2.1 Stádium mírného kognitivního deficitu (MKD)

V tomto případě se jedná o stádium, které se vyskytuje dle současných poznatků převážně u demence Alzheimerova typu a částečně u vaskulárních demencí. Tento mírný kognitivní deficit objevuje u lidí, u kterých se dosud nevyskytují příznaky začínající demence, tedy,

³⁰ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s.236-237

u jedince lze sice detekovat postižení např. jedné ze složek kognice (nejčastěji schopnost řeči – test schopnosti produkce slov podle určitého klíče v čase 1 min.), ale nedochází u jedince k postižení schopnosti vykonávat běžné denní aktivity, tedy nejedná se o demenci. Důležitým poznatkem je, že toto stádium přechází v demenci u okolo 10 až 15 % případů ročně. Přitom toto stádium se může vyskytovat u jedinců po dobu i několika let.

Bartoš a Řípková (2007) popisují ve svém článku toto stádium jako: „MKD je přechodná fáze mezi kognitivními změnami normálního stárnutí a časnou demencí. Osoby s MKD jsou ve vyšším riziku rozvoje DAT. Pacienti s MKD jsou však heterogenní skupinou. Z hlediska prognózy někteří pacienti s MKD progredují do DAT, zatímco u jiných se kognitivní výkonnost nemění ani po letech, nebo se dokonce mírně zlepší.

Z hlediska struktury kognitivního postižení se v poslední době vyčleňují 2 skupiny:

1. pacienti s čistě mnestickými deficity bez poruch v jiných kognitivních doménách,
2. pacienti mající kromě amnestického syndromu navíc ještě postižení dalších kognitivních domén. Pacienti s vícečetným MKD mají vyšší riziko rozvoje DAT než pacienti s amnestickým MKD.“³¹

Toto stádium je velice zásadní pro oblast prevence vzniku DAT, neboť včasným detekováním tohoto stádia lze nasazením farmakologických postupů značně oddálit propuknutí demence samotné.

2.3.2.2 Počínající (mírná) demence

V tomto stádiu se začínají objevovat mírnější poruchy paměti (postižena je především krátkodobá paměť), občasná dezorientace v čase i prostoru, potíže při vybavování některých slov, k těmto problémům dochází nejčastěji v situacích, které nastaly nečekaně nebo nově (běžné činnosti nejsou podstatněji zasaženy). Klient v tomto stádiu vyžaduje, resp. potřebuje jen občasný dohled a relativně omezenou pomoc při řešení složitějších situací apod. Nemocný je schopen sám požádat o pomoc a podporu svého okolí. Tuto péči, bez větších problémů, dokáže zajistit rodina nemocného, případně ve spolupráci s nejbližším okolím (sousedé apod.). Samozřejmostí je spolupráce s ošetřujícím lékařem a specializovanými odborníky a společnostmi zaměřenými na problematiku péče o klienty s demencí (ČALS). V tomto stádiu je také nutno se zaměřit na včasné podchycení a diagnostiku depresivity a úzkosti.

³¹ BARTOŠ, A., ŘÍPKOVÁ, D., *Pokroky v diagnostice Alzheimerovy choroby*, s.17

U těchto nemocných dochází k depresím a úzkostem zcela logicky, obzvláště poté, co jsou seznámeni s diagnózou jejich onemocnění.

V tomto období nemoci jsou pro nemocného zásadní tyto informace: měl by, dokud je toho kvalifikovaně schopen, rozhodnout, jakým způsobem budou posléze řešeny jeho majetkové a další důležité záležitosti. Důležité je také zajištění včasné informovanosti a spolupráce celé rodiny nemocného, v praxi totiž dohází k situaci, kdy rodina nemocného jeho chorobu tají, přitom tato péče o nemocného je značně vyčerpávající, a pomoc přátel a sousedů by dokázala pečující rodině značně odlehčit jejich zátěž.

Jak popisují Holmerová, Jarolímová a Nováková (2008) ve své publikaci: „tito nemocní lidé jsou ještě relativně soběstační a mohou žít samostatně za předpokladu určitého pravidelného dohledu a dopomoci, zejména pokud jsou včas a správně léčeni. Důležitý je pro ně zejména pocit, že je tu někdo, kdo je připraven a ochoten jim pomoci.“³²

2.3.2.3 Stádium rozvinuté demence

V tomto stádiu dochází již k závažným paměťovým potížím, které postihují jak krátkodobou tak i dlouhodobou paměť. Nemocní jsou v této době již odkázáni na nepřetržitý dohled, péči a pomoc. Soběstačnost je značně omezena, přítomna je dezorientace jak v prostoru tak i čase. Dochází u nich k častým výskytům bloudění anebo ztracení různých věcí apod. Rozsáhlé jsou již i problémy v komunikaci, nemocný již není schopen porozumět verbálním požadavkům a sdělením, reagují na tato sdělení chybně nebo naprosto neadekvátně.

Dalším problémem je, že nemocní nejenom že nedokáží porozumět ostatním, ale i oni samotní nejsou s to adekvátně a srozumitelně vyjádřit své myšlenky a pocity. Jejich vyjadřování je obsahově chudé, oproti normálnímu stavu (před nemocí) má jedinec velmi omezený slovník, dochází ke komolení a spojování různých základních slov a obrátů. V mnoha případech dochází k poruchám v oblasti chování - objevují se stavy agresivity, úzkosti, nepřiměřeného chování se sexuálním podtextem (svlékání na veřejnosti, snaha o osahávání ostatních osob apod.). Emoční stavy se rychle střídají, smutek střídá pocit radosti atd. Velké problémy má nemocný s úkony základní sebeobsluhy, značně je snížena schopnost kontrolovat vyměšování (objevuje se inkontinence), rovněž základní hygienické úkony zvládá nemocný se stále většími obtížemi (např. mytí rukou po toaletě, čištění zubů apod. Rovněž například se značně problematickým stává stolování (nemocní ztrácí povědomí o tom, jak jíst s příborem apod.). Velké problémy nastávají v rozpoznání blízkých příbuzných, stává se, že

³² HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova choroba v rodině*. s.13

dcera je zaměňována za matku nemocného apod. U nemocných navíc dochází k komorbiditě, přičemž se často může stát, že např. lékaři na akutních odděleních vzhledem k diagnostikované demenci nedávají důraz na správnou diagnostiku dalších potencionálních potíží a onemocnění. Dalším problémem je pak samotné chování nemocných na těchto odděleních (personál není připravena na „neobvyklé“ chování pacientů s demencí apod.).

Ve stádiu rozvinuté nemoci již nejsou pacienti adekvátně schopni rozhodovat a i jinak projevat svou vůli v oblasti zásadních životních rozhodnutí (např. závět apod.). Důležité je uvědomění si, že i přes jejich onemocnění (které způsobuje jejich problematické chování a celkově jim znemožňuje činit různá zásadní rozhodnutí apod.), se stále jedná o osoby, které nebyly omezeny ve svých právech (pokud tak nerozhodne soud). A navíc se jedná o lidské bytosti se svými nezadatelnými právy, nelze je tedy bez jejich souhlasu umisťovat do ústavních zařízení, nelze na ně neadekvátně používat omezovací prostředky apod.).

Na druhou stranu, jak uvádí Jiráček, Holmerová a Borzová a kol.(2009): „určitá míra omezení pacientů s demencí je potřebná pro eliminaci nerozumného rizika, které by vzniklo jejich odchodem z oddělení, blouděním apod.“³³

2.3.2.4 Stádium pokročilé demence

Tato fáze onemocnění je již téměř úplně omezena verbální komunikace, nemocný je ve většině případů plně upoután na lůžko, přítomna je inkontinence, vyskytují se poruchy polykání apod. V této fázi se lidé se syndromem demence stávají postupně zcela závislými na ošetrovatelské péči, přičemž obvykle je nutná hospitalizace. Rodina nemocného není schopna poskytnout jedinci adekvátní péči, proto je již nemocný většinou odkázán na péči poskytovanou specializovanými odděleními. Přítomna je silná dezorientace (nepoznávají ani členy vlastní rodiny), přijímají jídlo a tekutiny pouze s pomocí další osoby. V tomto stádiu dochází k apraxii, tedy ztrátě schopnosti vykonávat běžné dovednosti. Nemocný tedy není schopen se sám najíst, obléci si jakoukoli součást oděvu, činí mu problémy pohyb i v místech které zná (vlastní byt apod.).

Jak uvádí Jiráček, Holmerová a Borzová a kol.(2009): dochází k výraznému omezení komunikace a postupně s progresí do terminální fáze i vyhasnutí složky verbální. Přesto je však možné s pacientem komunikovat i nadále, zejména nonverbálně. Pacient nepoznává své blízké, nebo je poznává, ale nedokáže je pojmenovat. Není schopen se najíst již ani rukou,

³³ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.125

neoblékne si jednoduchou součást oděvu, může mít potíže s polykáním, zhoršuje se jeho mobilita, stává se úplně inkontinentním.“³⁴

Vzhledem k tomu, že u nemocných v tomto stádiu demence dochází k častým poruchám polykání, je nutné za pomoci ošetrovatelské péče zajisti nemocnému dostatečný příjem potravy a tekutin. Při komunikaci s nemocným se využívá hlavně neverbální komunikace, důležité, aby pečující velmi pozorně sledoval nemocného neverbální vyjadřování. V tomto stádiu dochází velmi často k poruchám chování, přičemž velmi důležitou úlohu při diagnostice důvodů těchto poruch hraje pečlivá analýza důvodu těchto poruch, které mohou být způsobeny nějakou jinou příčinou (bolest, dehydratace, zácpa apod.).

2.3.2.5 Terminální stádium demence

Toto finální stádium nemoci trvá většinou jen několik týdnů. V tomto stádiu je nemocný již plně imobilizován (upoután na lůžko), přičemž je úplně nesoběstačný. Ztrácí schopnost komunikovat, dochází u něj ke ztrátě svalstva, výrazně je omezen příjem potravy a tekutin, vyskytují se poruchy polykání, přítomna je i úplná inkontinence. Nemocný navíc trpí značnou bolestí - např. v důsledku nepohodlí způsobeného jeho polohou apod. V této fázi již je nemocný plně odkázán na péči poskytovanou plně specializovanými zdravotnickými odděleními, které jsou zaměřeny na poskytování paliativní péče. Paliativní péče je primárně zaměřena na mírnění trýznivých příznaků, které terminální stádium demence přináší, cílem je tedy pouze udržet dostatečnou kvalitu a komfort života nemocného, v terminálním stádiu již nelze prakticky uvažovat o tom, jak zlepšit zdravotní stav nemocného.

Jiráček, Holmerová a Borzová a kol.(2009) popisují terminální stádium demence:

- komunikace je omezená, slovní komunikace je téměř či úplně vymizelá.
- hybnost – dochází k omezení spontánní hybnosti, spastickému držení těla, svalovým záškubům, pacient netoleruje ani vysazování do křesla a určitý komfort má pouze při polohování v lůžku.
- schopnost přijímat stravu i tekutiny – člověk postižený demencí přestává přijímat i kašovitou či tekutou stravu, v posledních dnech přestává i pít.
- kachetizace – dochází k dalšímu úbytku hmotnosti, úbytku svalové hmoty, mohou se ale také objevit otoky apod.

³⁴ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.130

- stav vědomí – pacient je dezorientovaný, oblužený, většinu času spí, přestává reagovat.
- Vyprazdňování – inkontinence moči a stolice i nadále, mohou se však objevit i poruchy mikce, retence moči či potíže s vyprazdňováním stolice.³⁵

V rámci paliativní péče o klienty trpící demencí je nutno věnovat značnou pozornost důležitým oblastem léčby nemocných v terminálním stádiu demence.

Prvním důležitým aspektem je možnost ustoupení od marné léčby. Marná léčba nedokáže nemocnému zlepšit kvalitu života, ale prodlužuje život neuspokojivé kvality, přičemž pacient stále trpí.

Důležitá je také výživa a hydratace pacientů. Protože v terminálním stádiu mají nemocní potíže s přijímáním jídla (odmítají nebo nemohou polykat), je nutné klást důraz na dostatečný příjem tekutin i výživy. Na druhou stranu však je nutné vzít na vědomí, že umělá výživa může způsobit značný diskomfort, protože např. aplikace umělé stravy (sondou, intravenózní aplikací nebo za pomoci PEGu – tedy skrze břišní stěnu). Při aplikaci těchto postupů může být efekt pro nemocného minimální, vlastně lze tak pouze oddálit smrt, ale žádný jiný efekt tato metoda nepřináší. Dnes se řeší maximálně zabránění vysokého stupně dehydratace za pomoci infuze fyziologického roztoku.

Další důležitý aspekt je otázka aplikace antibiotik v terminálním stádiu, jednoduše lze konstatovat, že antibiotika by měla být podávána pouze v případě, kdy je vhodné zmírnit příznaky akutních zánětů např. močových cest, zánětů respirační soustavy apod.

Obecně je nutné konstatovat, že ačkoli mohou projevy demence vypadat tak, že člověk nemocný demencí přišel o své lidství nebo o svou lidskou důstojnost. Je zřejmé, že i v terminální fázi onemocnění mají nemocní své prožitky, mají svá přání a obavy, jen tyto skutečnosti nedokáží vyjádřit. I tak bychom měli respektovat přání nemocného (tito lidé i v rámci neverbální komunikace mohou projevit svou vůli), navíc pakliže nemocný v počátečních stádiích nemoci učinil všechna důležitá rozhodnutí, měla by být tato rozhodnutí ovlivňující rozsah poskytované péče apod. plně respektována. V tomto případě se jedná o Institut předem vysloveného přání, který funguje v mnoha evropských zemích, bohužel, v ČR dosud není tato problematika definována v nějaké zákonné nebo podzákonné formě, lze uvažovat o tom, že pokud by měl u nás v ČR tento dokument formu notářského zápisu, mohl by být tento požadavek respektován.³⁶

³⁵ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 132-133

³⁶ ZAHUMENSKÝ, D., MAREČKOVÁ, J., *Legislativní ochrana práv pacientů*. s. 9-11

Velmi pozitivní reakce byly pozorovány při aplikaci bazální stimulace.

2.4 Diagnostika syndromu demence

Problematika diagnostiky demence nabývá stále většího významu. Právě včasnou diagnózou může být postup demence značně zpomalen. Problém je, že řada praktických lékařů stále neklade dostatečný důraz na včasnou diagnostiku těchto nemocí. I rodiny nemocných hodnotí některé příznaky demence spíše jako příznaky stárnutí (např. prvotní problémy s pamětí jsou odkazovány na vliv stárnutí, max. „na stařeckou senilitu“) a tím pádem těmto prvotním příznakům není věnována náležitá pozornost. V rámci diagnostiky syndromu demence se používají klinická vyšetření, anamnestické údaje i testy. Definitivní potvrzení diagnózy je však možno učinit až na základě patologického vyšetření po smrti nemocného, do té doby by se mělo u klinických diagnóz uvádět, že jde o pravděpodobnou (možnou) diagnózu.

Základní determinantem diagnostiky syndromu demence je jak uvádí Jiráček a Laňková (2007) v jejich publikaci: „Aby mohla být stanovena diagnóza syndromu demence, musí kognitivní deficit ovlivňovat sociální nebo pracovní status pacienta a musí být vyloučena jiná nedegenerativní – příčina symptomů demence.“³⁷

Určení diagnózy - provádí se za pomoci těchto metod:

- anamnéza
- fyzikální a laboratorní vyšetření
- vyšetření kognitivních funkcí
- zobrazovací metody

Anamnéza – a to formou osobní anamnézy, rodinné anamnézy, sociální anamnézy, nynější onemocnění a ověření anamnézy u třetí osoby (ošetřující lékař apod.). Ressner a kol (2009) uvádějí ve svém článku toto doporučení pro anamnézu: „anamnéza by měla zjistit, které kognitivní oblasti jsou postiženy a v jakém časovém sledu. Dále by měla upřesnit způsob nástupu projevů, charakter progresu a především dopad na každodenní aktivity.“³⁸

V rámci anamnézy je nutné nejprve pátrat po těchto údajích:

³⁷ JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J., *Demence – doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeob. prakt. lékaře*. s.4

³⁸ RESSNER, Pavel., a kol. *Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí*. s.238

úrazy hlavy, mozkové příhody, onemocnění srdce, cukrovka a rizikové faktory vzniku cévní demence (vaskulární demence), dále zda je léčena deprese nebo jiná psychická změna, přítomnost demence nebo jiné neurologické poruchy u blízkých příbuzných, užívané léky (některé mohou vést ke zhoršení paměti).

Fyzikální a laboratorní vyšetření – cílem těchto vyšetření je vyloučit i jiné kognitivní poruchy, které mají obdobné příznaky jako demence (např. deprese, deliria apod.). Tyto vyšetření lze rozdělit do dvou skupin – rutinní a vyšetření dle klinického stavu pacienta. Ressler a kol (2009) uvádějí tento poznatek ohledně neurologického vyšetření: „U časně AN bývá neurologické vyšetření normální. Avšak u řady jiných poruch s demencí, např. VD, DLB nebo prionových nemocí je přítomnost dalších neurologických symptomů, jako centrální ložisková symptomatika, klíčovou součástí diagnostických kritérií.“³⁹

Příkladem rutinního vyšetření jsou testy stavu TSH, glykémie, jaterní funkce apod. Dle klinického stavu pacienta se provádí vyšetření močového sedimentu, vitamínu B₁₂ a kyseliny listové, u rizikových pacientů test na syfilis a HIV apod.

Vyšetření kognitivních funkcí – testují se schopnosti pozornosti a koncentrace, orientace, krátkodobé a dlouhodobé paměti, jazykové schopnosti a výkonové funkce. K těmto vyšetřením se používají různé testy, nejužívanějším testem je MMSE (Mini-mental state examination), který testuje orientaci osobou, místem a časem, zapamatování tří slov (ihned a po určitém čase), počítání, poznávání a pojmenování předmětu, splnění úkolu, překreslení obrázku a opakování věty. Test MMSE je však pouze orientační, výsledek testu může být ovlivněn např. úrovní vzdělání, poruchami řeči, psychiatrickou poruchou apod.

Kromě testu MMSE se používají další testy, např. test kreslení hodin (Clock-drawing test). Doporučovaným testem je např. test ACE-R – slouží k podrobnějšímu zachycení kognitivního deficitu, k časnému zachytu kognitivních poruch a k přesnější diferenciální diagnostice kognitivních poruch a demencí.

Široce užívaný je i dotazník soběstačnosti DAD-CZ, který je českou verzí mezinárodního dotazníku pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s DAT. Dalším z testů je česká verze Dotazníku funkčního stavu (FAQ-CZ) - který se používá pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou demencí.

³⁹ RESSLER, P. a kol. *Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí*. s.238

Zobrazovací metody – tato vyšetření jsou prováděna za účelem odhalení morfologických změn v mozkové tkáni (např. úbytek mozkové tkáně, změna prokrvení, přítomnost patologických útvarů). Tato vyšetření se provádějí za pomoci počítačové tomografie (CT) magnetické rezonance (MR). Dále se provádí vyšetření za pomoci elektroencefalografie (EEG) – tímto vyšetřením lze zjistit změny mozkové aktivity, přičemž zřejmé je například zpomalení mozkové aktivity v určitém ložisku.

V příloze číslo 1 jsou uvedeny vzory testů ACE-R, DAD-CZ a FAQ-CZ.

2.5 Prevence a léčba syndromu demence

2.5.1 Prevence syndromu demence

Otázka prevence syndromu demence je stále aktuálnějším tématem. Základním preventivním opatřením je dodržování zásad zdravého životního stylu: tedy zdravý způsob života s dostatkem pohybu, trénování paměti, zákaz kouření a užívání alkoholu, včasné léčení vysokého tlaku a ischemické choroby srdeční. Dalšími kroky jsou dietní opatření s vyšším přísunem nenasycených mastných kyselin, pití čaje, strava s dostatkem vitamínu C a betakarotenu, vitamínu B₆ a B₁₂ apod. Důležitou roli hrají např. i časté návštěvy společenských akcí (kde se udržuje dostatečně komunikace apod.), důležité je i co nejdelší udržení zájmu o vlastní koníčky (např. práce na zahrádce apod.).

2.5.2 Léčba syndromu demence

Léčebné postupy pro syndrom demence lze rozdělit do dvou základních skupin:

- 1) Farmakologické přístupy
- 2) Nefarmakologické přístupy

V rámci léčby obou těchto skupin je důležité, aby nedošlo k léčení pouze kognitivních poruch, ale také k léčbě nekognitivních poruch, tedy poruch aktivit denního života a behaviorálních a psychologických příznaků. Zásadní informací je to, že většina viz výše uvedených demencí je dnes neléčitelná, veškerá léčba tedy směřuje k zpomalení průběhu demence, aby se co nejvíce oddálilo stádium těžké demence. Primárně tedy jde o zlepšení kvality života nemocného a udržení daného stavu.

2.5.2.1 Farmakologické přístupy

Farmakoterapie kognitivních funkcí - je zaměřená na porušené poznávací funkce. Typická je v tomto případě aplikace inhibitorů acetylcholinesteráz (cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají přenašeče vzruchů – neurotransmiterů). Nasazením inhibitorů dojde ke zlepšení paměťových funkcí. Nejznámějšími inhibitory jsou donepezil, rivastigmin a galantamin. Tyto inhibitory se většinou aplikují ve stádiu lehké až střední demence.

V těžkých stádiích se aplikuje látka memantin – tato látka chrání nervové buňky a současně zlepšuje schopnost učení.

Dalšími látkami, které se v rámci farmakologických přístupů aplikují, jsou látky likvidující volné kyslíkové radikály (tyto radikály při nadbytku v mozku poškozují nervové buňky). Příkladem těchto látek jsou E-vitamin, betakaroten, selen apod. Tato léčba se používá jako doplňková.

Nootropní farmaka a příbuzné látky – používají se pro zlepšení mozkové látkové přeměny, působí proti nedostatku kyslíku apod. Aktuálně nejpoužívanějším lékem je Tanakan - lék s maximálně účinnou dávkou látky s extraktem z jinanu dvoulaločného. Opět tyto léky plní funkci doplňkové léčby např. u DAT, VD apod.

Dalšími aplikovanými léčivy jsou léky z oblasti nekognitivní farmakoterapie – tedy léky ovlivňující chování, změny nálad apod. V tomto případě se používají moderní látky, tzv. antipsychotika II. generace, mající minimum nežádoucích vedlejších účinků.⁴⁰

2.5.2.2 Nefarmakologické přístupy

V této oblasti se používá celá řada metod a přístupů. Základním bodem veškeré nefarmakologické péče je respektování zásad správné komunikace s člověkem trpícím demencí.

Jak uvádí Česká Alzheimerovská společnost ve své příručce: „Cílem nefarmakologických přístupů je zachování kvality života a soběstačnosti i zmírnění poruch chování nemocného. Součástí nefarmakologického managementu je také zajištění adekvátního a bezpečného prostředí.“⁴¹

⁴⁰ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 88-90

⁴¹ ČALS, *Strategie P-PA-IA, podpora a péče lidem postiženým syndromem demence*. s.2

Základním postupem je zajištění programových aktivit pro nemocné, nemocní s demencí profitují z určitého pravidelného režimu, a právě pravidelné aktivity jim mohou velice pomoci. Programové aktivity se dají aplikovat u všech nemocných vyjma stádia těžké demence. V rámci těchto aktivit se jedná tedy o pravidelný rytmus jako je čas na jídlo, hygienu, různé další aktivity apod. Jedním z důležitých faktorů je forma odpočinku pro nemocné, nemělo by docházet k dlouhému spánku po obědě apod., doporučen je pouze kratší odpočinek např. v křesle, jinak hrozí převrácení spánkového režimu, což by bylo velmi zatěžující pro pečující rodinu.⁴²

Dalším prvkem jsou individualizované aktivity – jedná se o aktivity vhodné u nemocných s pokročilou demencí, kdy jsou nemocní stále více unaveni, aktivity se jim musí maximálně přizpůsobit. Dostačující jsou pestré, ale jednoduché aktivity a dostatečný odpočinek.

Validace – tato metoda je založena na účtě k člověku s demencí, kdy ponecháváme nemocného v jeho přesvědčení, že např. za ním má na návštěvu přijít jeho matka, která je již dávno po smrti. Toto přesvědčení nemocnému nevyvracíme, způsobili bychom mu jen zármutek, přičemž vysvětlení, že matka je dávno po smrti by stejně zakrátko zapomněl a přitom by zůstal dál pocít smutku jako takový.⁴³ Na druhou stranu by nemělo být dané téma rozvíjeno (a přijde i tatínek?).

Kognitivní trénink – nejvíce se aplikuje ve stádiu mírné a středně pokročilé demence. Kognitivní trénink se provádí formou aktivizace a zábavy, cílem není zlepšení kognitivních funkcí, spíše udržení daného stavu.⁴⁴

Reminiscence – tato metoda je založena na využívání vzpomínek (dlouhodobá paměť zůstává nejdéle zachována). Ve spolupráci s rodinou nemocného, která poskytne důležité informace. Základem je životopis, pak např. „memory book“ nebo „memory box“, ve kterých jsou shromážděny i fyzické upomínky na časy minulé. Princip terapie spočívá v obklopení klienta prostředím, které v něm vzbuzuje důvěru a jistotu. Tím „důvěrným prostředím“ je míněno prostředí v době, kdy byl klient zdravý, úspěšný a obklopený rodinou nebo přáteli.⁴⁵

Značnou roli hrají i naučené postupy běžných denních činností jako jsou postup při oblékání, základy hygieny apod.

Důležitou složkou péče o tyto nemocné hraje kinezioterapie a taneční terapie, kinezioterapie je přínosná k udržení svalové síly a stability. Velkou roli hraje patřičný a adekvátní slovní

⁴² JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 91

⁴³ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 96

⁴⁴ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 96

⁴⁵ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., *Reminiscence*, s. 21

doprovod k průběhu cvičení. Taneční terapie velmi usnadňuje neverbální komunikaci, celkově je vliv hudby na nemocné velmi pozitivní.

Úpravy prostředí – cílem je zabránit nehodám, které by mohli nemocného ohrozit.

Obecná pravidla pro úpravy prostředí, v němž se nemocný pohybuje, uvádí Holmerová, Jarolímová a Nováková (2008) – nedělat příliš mnoho změn, pouze nezbytné, zavádět změny postupně, volit takové úpravy, které usnadní život i celé pečující rodině.⁴⁶

Velký důraz je kladen na úpravy dveří apod., aby se dalo předejít opuštění prostředí a následnému ztracení nemocné osoby, zabezpečení nebezpečných látek (saponáty apod.), ale i pouštění vhodných programů v televizi apod.

Při pohybu venku vždy nemocného doprovázet, nemocný by měl mít u sebe identifikační dokument se jménem, adresou apod., při pohybu na zahradě je potřeba mít řádně oplocený pozemek a nemělo by být snadné tuto zahradu opustit.

Při pohybu po okolí je nutno dostatečně zabezpečit nemocného jedince, aby se v případě zabloudění co nejvíce zabezpečil jeho případný návrat – na této bázi funguje projekt Bezpečný návrat, na projektu spolupracují Česká alzheimerovská společnost a farmaceutické společnosti Novartis. Cílem projektu Bezpečný návrat je za pomoci jednoduchého náramku s identifikačním kódem a číslem na ČALS lze zabloudivšího jedince bezpečně identifikovat a kontaktovat příbuzné.

2.6 Péče o nemocné s demencí

V podstatě lze konstatovat, že základy péče, myšleno hlavně nezdravotní péče, velice dobře popisuje příručka České alzheimerovské společnosti – jedná se o strategii P-PA-IA.

Tato strategie má tři základní stádia (související s postupem samotné demence):

Stádium P-PA-IA 1 (u počínající a mírné demence) – potřeby nemocných se řeší v oblastech lékařské (včasná diagnóza, plánování budoucí léčby), dále je nutno řešit právní záležitosti (řešit např. dědictví apod., dokud je nemocný schopen se řádně rozhodnout) a podpora, psychologická pomoc a poradenství.

Stádium P-PA-IA 2 (středně pokročilá a rozvinutá demence) – v tomto stádiu je již zapotřebí péče kvalifikovaných pracovníků v oblasti zdravotní i sociální péče. Velmi přínosné jsou programové aktivity (PA). I v různých zařízeních je nutno tyto aktivity co nejvíce podporovat.

⁴⁶ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova choroba v rodině*. s.60

Stádium P-PA-IA 3 (těžká demence, demence komplikovaná poruchami chování) – v tomto stádiu je nutná zdravotní (zdravotně sociální dlouhodobá péče). V této fázi je cílem zajistit adekvátní individualizovanou asistenci (IA).⁴⁷

V rámci pečovatelské služby je kladen u klientů důraz na zajištění těchto základních potřeb lidské existence:

- 1) oblast péče o vlastní osobu
 - pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - poskytnutí stravy a pomoc při zajištění stravy
- 2) oblast zajištění chodu domácnosti
- 3) oblast společenská – zajištění kontaktu se společenským prostředím a další fakultativní služby

Každému klientu je tedy dle míry jeho soběstačnosti a na základě jeho požadavků nastavena péče tak, aby tyto základní oblasti potřeb dokázala saturovat.

Klientům pečovatelské služby (zajišťované CZaSP Liberec, p.o.) je nabízena celá řada úkonů, které jsou schopny zabezpečit potřeby klientů tak, aby dále mohli vést svůj život bez toho, aby bylo nutné umístění do ústavní péče apod.

Většina klientů vyžaduje nejčastěji tyto úkony: dovoz a donáška oběda, běžný úklid a údržba domácnosti, běžné nákupy a pochůzky, pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu.

V případě klientů, kteří trpí demencí, je situace poněkud odlišná. U těchto klientů jsou cíle péče zaměřeny na větší komfort klienta, je zde kladen vyšší důraz na bezpečnost klienta (nebezpečí ztráty orientace – odchod mimo domov), nutnost zvýšeného sociálního kontaktu a udržování verbální komunikace. Cílem je co nejdéle udržet klienta aktivního, dostatečně orientovaného a současně samostatného. Přitom z pohledu péče je klient minimálně do středního stádia demence relativně soběstačný, v podstatě vyžaduje spíše dohled než přímo péči.

⁴⁷ ČALS, *Strategie P-PA-IA, podpora a péče lidem postiženým syndromem demence*, s.3-9

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je zjistit, jakým způsobem se v rámci pečovatelské služby lze starat o osoby, které trpí některou z forem demence. A dále zjistit, zda se liší péče o tyto osoby, pokud bydlí v domě s pečovatelskou službou anebo jsou klienty pečovatelské služby bydlící mimo domy s pečovatelskou službou.

Účelem tohoto průzkumu je zjistit, jak se starat o klienty pečovatelské služby, kteří trpí některou z forem demence.

3.2 Stanovení předpokladů

Lze předpokládat, že péče poskytovaná klientům trpícím některou z forem demence je odlišná od péče poskytované dalším klientům pečovatelské služby, a to jak rozsahem, tak strukturou jednotlivých úkonů péče (ověřováno pomocí analýzy dat úkonů ze záznamů pečovatelské služby, dále ověřováno pozorováním).

Dále lze také předpokládat, že existují rozdíly v poskytování péče o klienty se syndromem demence žijících v domech s pečovatelskou službou a v terénní péči (ověřováno pomocí studia dokumentace o klientech a pomocí rozhovorů s pracovníky PS).

3.3 Použité metody

V této části jsou popsány výzkumné metody, použité pro získání dat a údajů potřebných pro vyhotovení této práce. Metody byly použity jak k získávání dat, tak i k jejich zpracování.

Přehled použitých metod:

3.3.1 Analýza dat

3.3.2 Pozorování a rozhovor s klienty

3.3.3 Studium dokumentace klientů

3.3.4 Rozhovory s pracovníky pečovatelské služby

3.3.1 Analýza dat

Data o množství a druhu úkonů prováděných u klientů pečovatelské služby byla získána analýzou dat z informačního systému Pečovatelská služba 3 od firmy Petr Zajíc Software.

Jedná se o komplexní aplikaci zaměřenou pro poskytovatele terénních sociálních služeb. Tato aplikace je plně kompatibilní se zákonem č.108/2006 Sb. a vyhláškou 505/2006 Sb. Samotná aplikace dokáže zajistit tyto operace – evidenci klientů, evidenci poskytnutých úkonů, evidenci obyvatel DPS, agendu sociálního šetření, možnost generování a tisku smluv, samozřejmostí je i zahrnutí standardů kvality do této aplikace např. individuální plánování péče apod.⁴⁸

Cílem této analýzy je získat přesná data o tom, jaké úkony a jak často jsou poskytovány klientům pečovatelské služby v Liberci. Tato data jsou z programu získána v podobě přehledu měsíčně poskytnutých úkonů na jednotlivých okrscích pečovatelské služby. Následně budou tato data zpracována do tabulek a grafů, které by měly odhalit rozdíl v náročnosti péče mezi klienty s demencí a ostatními klienty pečovatelské služby.

3.3.2 Pozorování a rozhovor

Cílem pozorování je získat přehled o vyskytujících se příznacích demence u klientů pečovatelské služby, a jistotu výskytu těchto příznaků ověřit formou částečně řízeného rozhovoru s klientem.

Pozorování bylo prováděno u klientů, kteří vykazují příznaky typické pro některou z forem demence, případně je u nich podezření na poruchy kognitivních funkcí, pozorování bylo prováděno také u klientů, u kterých byla některá z forem demence bezpečně diagnostikována. Pozorování bylo prováděno u klientů při běžném poskytování péče, aby toto pozorování nevzbudilo přílišnou pozornost a tím se tedy klienti chovali co nejpřirozeněji, a šlo snadno pozorovat případné projevy jejich onemocnění.

Nezbytnou součástí tohoto pozorování byl i rozhovor s klienty (je nemožné poskytovat u klientů PS péči a současně s klienty nekomunikovat), tyto rozhovory byly svou formou v podstatě neřízené, ale na druhou stranu byly alespoň dle možností co nejvíce zaměřené na získání adekvátních informací o stavu jednotlivých klientů.

V podstatě byly tyto rozhovory směřovány tak, aby se podobaly dotazům z testů na kognitivní funkce jako je Mini-Mental State Examination. Cílem tedy bylo, aby dokázaly tyto

⁴⁸ Webové stránky firmy Petr Zajíc Software: www.xzajic.cz

rozhovory poskytnout alespoň částečně relevantní a srovnatelné údaje podobné údajům z MMSE. Je nepopíratelné, že data získaná z těchto rozhovorů mají pouze malou vypovídající hodnotu a mohou být ovlivněny subjektivními chybami.

3.3.3 Studium dokumentace klientů

Dokumentace klientů je v rámci organizace Centrum zdravotní a sociální péče Liberec, p.o. umístěna vždy na dvou místech dle obsahového zaměření této dokumentace.

Data a informace vztahující se k sociální oblasti jsou uložena v osobních kartách klientů, tyto karty má k dispozici vedoucí okrsku ve své kanceláři.

Data a informace z oblasti zdravotní má k dispozici zdravotní sestra zajišťující domácí péči na daném okrsku, ale tato dokumentace se týká pouze klientů, kterým je tato domácí péče poskytována na základě uzavřené smlouvy o poskytování domácí péče.

Cílem studia těchto dokumentů je získat co nejúplnější údaje o klientech s projevy demence, aby byla tato data následně využita pro srovnání s ostatními klienty pečovatelské služby. Tedy porovnání výskytu kognitivních poruch ve vztahu ke stáří klientů, pohlaví a dalším údajům. Z těchto údajů lze posléze vyvodit další závěry týkající se celkového zastoupení kognitivních poruch v rámci klientů pečovatelské služby apod.

Tato data budou využita k vyhotovení několika kasuistik, ve kterých bude představeno několik typických i atypických případů demence u klientů pečovatelské služby.

Součástí analýzy dokumentů je i vyhodnocení pravidelných testů MMSE, které se provádějí u klientů, u kterých byl diagnostikován syndrom demence. Testy MMSE se provádějí dle metodiky průběžně u všech klientů, u kterých je podezření na některou z kognitivních poruch, testy se provádějí jako preventivní opatření, pokud je zjištěn zhoršení těchto funkcí, je většinou kontaktován ošetřující lékař a je dále řešena situace klienta ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a zdravotnickými pracovníky z domácí péče. Pokud dojde k potvrzení možné diagnózy některého ze syndromů demence, zapojují se většinou i další organizace zaměřené na oblast péče o nemocné s demencí (ČALS).

Příklad testu MMSE je uveden v příloze číslo 2.

3.3.4 Řízený rozhovor s pracovníky pečovatelské služby

Cílem těchto rozhovorů s pracovníky v přímé péči je získat co největší přehled o klientech, kteří vykazují poruchy kognitivních funkcí případně přímo příznaky syndromu demence. Cílem je tedy nalézt takovéto klienty a u nich s pomocí dalších organizací (např. Česká alzheimerovská společnost apod.), zajistit provedení kontroly kognitivních funkcí u specialisty apod., aby se zavčasu podchytil začátek této nemoci a současně se adekvátně uzpůsobila poskytovaná péče o takovéto klienty.

Cílem je tedy za pomoci pracovníků v přímé péči provádět depistáž, tedy cílené vyhledávání nemocných s příznaky syndromu demence. Druhotným cílem bylo získání informací o tom, jaké zkušenosti mají naši pracovníci s péčí o tyto klienty, jak potupují, jaká je náročnost této péče apod.

3.4 Popis zkoumaného vzorku



Tato práce se zabývá klienty pečovatelské služby (seniory) v městě Liberec, kteří trpí některou z forem syndromu demence. Klientům pečovatelskou službu zajišťuje příspěvková organizace Centrum zdravotní a sociální péče Liberec. Forma poskytování sociálních služeb je ambulantní i terénní.

Aktuálně poskytuje organizace péči celkem 833 klientům (stav v únoru 2011). Z tohoto počtu je 729 klientů starších 65 let. Počty klientů se samozřejmě v průběhu času mění, ale jak úbytky, tak přírůstky klientů jsou obvykle v řádu max. desítky osob měsíčně.

Pro představu jsou zde uvedeny počty klientů v jednotlivých věkových kategoriích:

0 až 65 let – 112 klientů
65 až 70 let – 48 klientů
70 až 80 let – 222 klientů
80 až 85 let – 183 klientů
85 až 100 let – 264 klientů

Velice zásadní informací je počet klientů v kategorii starší senior, tedy klienti ve věku nad 80 let, v tomto případě organizace zajišťuje nějakou formu péče o celkem 447 klientů, kteří jsou starší 80 let! Z tohoto údaje je zřejmé, že výskyt syndromu demence může být v rámci klientů dosti vysoký.

Z počtu 829 klientů je 578 žen a 251 mužů, přičemž ve věkové kategorii nad 80 let, tedy u starších seniorů, je poměr pohlaví stanoven na 364 žen a 83 mužů. Klienti pečovatelské služby se dají rozdělit do dvou specifických skupin. První skupinou jsou klienti, kteří bydlí v domech s pečovatelskou službou, druhou skupinou jsou klienti, kteří bydlí ve svých bytech mimo domy s pečovatelskou službou na různých místech města Liberec.

Přesná kategorizace zkoumaného vzorku klientů:

cílovou skupinou, na kterou je zaměřena tato práce, je 82 osob - klientů CZaSP Liberec, p.o., kteří trpí demencí a bydlí v městě Liberec.

Skupinu lze dle poskytované péče rozdělit do tří skupin:

- 1) klienti bydlící v DPS
- 2) klienti v terénu, kteří odebírají vícečetnou péči (více jak 2 úkony pečovatelské služby)
- 3) klienti v terénu, kteří odebírají pouze obědy

Velké množství klientů, kteří jsou v kategorii starší senior, klade značné nároky na péči poskytovanou v rámci pečovatelské služby. V pokročilém věku tito lidé často trpí různými zdravotními komplikacemi, což přirozeně vede k menší míře soběstačnosti a samostatnosti, a tím pádem i větší potřebě péče poskytované pečovatelskou službou a samozřejmě i dalšími subjekty. Bohužel, zvyšující se věk těchto klientů, sebou nese taky zvyšující se riziko výskytu některého z typů demence, a právě proto je tato práce na tyto seniory cílena.

3.4.1 Služby poskytované pečovatelskou službou

Veškerá poskytovaná péče se odvíjí od základních činností stanovených zákonem 108/2006 Sb. Dle §40, výkon pečovatelské služby obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Vymezení jednotlivých úkonů je přesněji definován dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006:

a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru,
4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
2. dovoz nebo donáška jídla,
3. pomoc při přípravě jídla a pití,
4. příprava a podání jídla a pití

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. běžný úklid a údržba domácnosti,
2. údržba domácích spotřebičů,
3. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezónního úklidu, úklidu po malování,
4. donáška vody,
5. topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení,
6. běžné nákupy a pochůzky,
7. velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,
8. praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,
9. praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,
2. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.

Dle zákona a prováděcí vyhlášky se úkony pečovatelské služby poskytují v hodinovém rozsahu (max. cena péče je stanovena na 100 Kč/hod.), přičemž lze dobu krátit nebo násobit (např. za 1,5 hodiny péče lze max. účtovat 150 Kč apod.).

Ceník poskytovaných služeb - příloha číslo 3.

V rámci péče se dají nejběžnější úkony blíže popsat takto:

Dovoz nebo donáška jídla – jedná se o prostý dovoz oběda vozidlem PS ke klientu v terénu nebo na DPS.

Běžný úklid a údržba domácností – úklid zaměřený na koupelnu, kuchyň apod., s cílem uklidit nejvyužívanější prostory, v rozsahu cca okolo ½ hodiny péče.

Velký nákup – nákup, o hmotnosti více jak 10 kg (balené vody) nebo více jak 10 položek v nákupním seznamu.

Běžné nákupy, pochůzky – obvykle menší nákup nebo pořízení léku v rozsahu max. ½ hod.

Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu – většinou pomoc při pohybu klienta v bytě nebo v okolí (např. doprovod na toaletu, příprava snídaně apod.)

Pomoc při úkonech osobní hygieny v domácnosti - většinou pomoc při koupání, mytí na lůžku apod.

Doprovod dospělých – doprovod klienta např. do města, nebo na vycházky po okolí, do obchodu apod.

3.5 Průběh průzkumu

Město Liberec je v rámci organizace CZaSP Liberec, p.o. rozčleněno na tři okrsky pečovatelské služby.

Největším okrskem pečovatelské služby dle počtu klientů je okrsek Krejčího, který má aktuálně evidováno 365 klientů, dále okrsek Burianova s 277 klienty a nakonec okrsek Borový Vrch s 205 klienty (stav klientů z přelomu měsíců září/říjen 2010).

Počty klientů jednotlivých okrsků se skládají z klientů - obyvatel domů s pečovatelskou službou (DPS) a terénních klientů mimo DPS. V DPS jsou kromě bytů samotných obyvatel umístěny prostory určené k zajištění ambulantní péče (hygienická střediska, místnost pro rehabilitace a další zařízení technického rázu) a dále kanceláře vedoucích a účetních příslušných okrsků. Součástí DPS jsou i místnosti klubů seniorů, různé další zájmové místnosti (čítárna, knihovna, čajovna, pánský klub apod.).

Významným faktem je to, že počet klientů na DPS nekoresponduje s počtem obyvatel DPS, protože mnozí obyvatelé těchto domů nevyužívají péče poskytované pečovatelskou službou.

Důvod je zřejmý, o tyto jedince se dál starají rodinní příslušníci nebo případně jiné organizace poskytující sociální služby (např. Charita Česká republika pod.).

Značný vliv na celkové provádění péče má i faktor nemocnosti klientů organizace. Často stává, že z celkového počtu registrovaných klientů je řada z nich dlouhodobě nemocná (například jsou umístěni v léčebně dlouhodobě nemocných apod.), v případě, že klient déle jak 2 měsíce neodebírá služby poskytované organizací, je přeřazen do stavu tzv. přerušené péče, ta se automaticky obnovuje ve chvíli, kdy se klient vrátí zpět z léčby. Vyřazení klientů z péče formou ukončením smlouvy, se děje pouze za speciálních okolností společných pro všechny klienty (dlouhodobé neodebírání péče - více jak 3 měsíce, úmrtí klienta, neplacení péče - dluh za období delší než 2 měsíce, hrubé porušení podmínek poskytování péče apod.).

3.5.1 Základní rozdělení klientů

V rámci výzkumu byly všichni klienti CZaSP Liberec, p.o. rozděleni do dvou skupin, první skupinou jsou klienti - obyvatelé domů s pečovatelskou službou a druhou skupinou jsou terénní klienti.

Důvody rozdělení klientů je tento:

toto rozdělení vychází ze systému práce v organizaci (kde se i v rámci organizační struktury, péče i pracovníci dělí dle toho, zda pracují na DPS nebo v terénu), navíc má důvod v určité odlišnosti forem péče poskytované klientům v DPS a v terénu (poněkud jiná struktura úkonů, čas poskytování péče – na DPS i o víkendu apod.).

3.5.1.1 Klienti DPS

Jedná se o 280 klientů, bydlících v celkem osmi domech s pečovatelskou službou (dle popisného čísla jsou v DPS Krejčího 3 budovy, DPS Burianova 3 budovy a DPS Borový Vrch 2 budovy).

V DPS Krejčího je 111 klientů, v DPS Burianova je 131 klientů a v DPS Borový Vrch je 38 klientů.

Specifikou klientů v DPS je větší dostupnost péče, standardní provozní doba pracovníků PS je v pracovním týdnu od 7:00 do 18:30 hod., o víkendu od 7:00 do 13:00 hod.. Současně díky vybavenosti technického zázemí (hygienická střediska apod.), lze bez větších problémů zajistit komplexní péči i o klienty, kteří jsou ve velmi špatném zdravotním stavu (například klienti, kteří jsou plně imobilní, mají silný diabetes apod.).

Další výhodou klientů bydlících v DPS je systém pro hlasovou komunikaci a volání v tísni, pro tyto účely má každý klient možnost dostat zapůjčený mobilní telefon. Tento telefon (verze určená speciálně pro potřeby seniorů – typ CPA Halo), umožňuje bezplatně volat na dispečink pečovatelské služby, který je k dispozici na domech pečovatelskou službou 24 hodin denně. Tím je zabezpečen v podstatě nepřetržitý dohled nad klienty v rámci DPS. Pracovní náplní dispečinku není poskytování přímo pečovatelské služby (organizace ani nemůže mít zaregistrovanou 24 hodinovou pečovatelskou službu - není možno ani dle zákona 108/2006 Sb., viz § 40 – „pečovatelská služba se poskytuje ve vymezeném čase“), ale zajišťuje při zavolání v tísni neodkladnou péči a pomoc při ohrožení života, případně bezpečnosti obyvatel domů s pečovatelskou službou.

Obecně lze konstatovat, že klienti bydlící v DPS mají relativně větší dostupnost péče (např. péče o víkendech a dohled za pomoci dispečinku) a také jim lze zajisti díky technickému vybavení i komfortnější poskytování dané péče. Rovněž lze konstatovat, že vzhledem k stavu pečovatelek pracujících na jednotlivých DPS lze operativněji zajisti dostatečnou péči a současně lze tuto péči i v maximální možné míře tuto péči individualizovat.

Věková skladba klientů:

DPS Krejčího

méně 65 let – 12 osob (7 mužů a 5 žen)

65 až 80 let – 43 osob (12 mužů a 31 žen)

81 až 85 let – 34 osob (7 mužů a 27 žen)

86 až 90 let – 19 osob (4 muži a 15 žen)

nad 90 let – 3 osoby - ženy

DPS Burianova

méně 65 let – 20 osob (9 mužů a 11 žen)

65 až 80 let – 37 osob (11 mužů a 26 žen)

81 až 85 let – 30 osob (5 mužů a 25 žen)

86 až 90 let – 34 osob (7 mužů a 27 žen)

nad 90 let – 10 osob (6 mužů a 4 ženy)

DPS Borový vrch

méně 65 let – 3 osob (2 muži a jedna žena)

65 až 80 let – 10 osob (3 muži a 7 žen)

81 až 85 let – 9 osob (3 muži a 6 žen)

86 až 90 let – 16 osob (3 muži a 13 žen)

nad 90 let – 0

Z výše vedených údajů o věku klientů, bydlících v jednotlivých domech pečovatelskou službou, je zřejmý důležitý údaj o tom, že skupina klientů starších 85 let, tvoří téměř třetinu z celkového počtu klientů (81 klientů je starších 85 let, z celkového počtu 280 klientů se tedy jedná o 28,9 %).

Tento údaj je velmi významný a závažný, neboť jak uvádějí Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009): „V populaci starší než 65 let je četnost výskytu asi 5%, objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30-50% jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok.“⁴⁹

Z toho teoreticky lze odvodit, že by mohlo být některou z forem demence postiženo velmi vysoké procento klientů pečovatelské služby, obzvláště tedy klientů ve vyšších věkových kategoriích.

3.5.1.2 Klienti v terénu

Počet klientů terénní péče

- v rámci všech okrsků pečovatelské služby zajišťované organizací Centrum zdravotní a sociální péče Liberec, p.o., bylo evidováno, k datu září/říjen 2010, celkem 549 klientů.

Na okrsku pečovatelské služby Krejčího je evidováno 249 klientů, na okrsku pečovatelské služby Burianova 138 klientů a na okrsku pečovatelské služby Borový Vrch 162 klientů.

Klientům v terénu je poskytována péče každý pracovní den v provozní době od 7:00 do 15:30 hod., o víkendech je klientů v terénu zajišťován pouze dovoz obědů, a to v čase mezi 10:00 až 13:00 hod.

Klienty v terénu lze rozdělit do dvou odlišných skupin, první velkou skupinou jsou klienti, kteří odebírají standardní úkony pečovatelské služby, jako jsou např. úklid domácnosti, koupání, nákupy a další úkony. Druhou, také značně početnou skupinou jsou klienti, kterým je poskytována pouze jediná služba, a tou je dovoz obědů, přičemž tento úkon má charakter prostého dovezení jídlonosiče ke klientu, převzetí prázdného jídlonosiče z minulého dne a tím je péče ukončena, oběd samotný je přitom uvařen soukromou firmou Gastron, s.r.o, kde jej po uvaření pracovníci Centra zdravotní a sociální péče vyzvedávají a posléze rozvázejí po klientech.

⁴⁹ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*, s.21

Rozdělení klientů v terénu dle péče:

DPS Krejčího – z celkového počtu 249 klientů v terénu jich 30 využívá úkony z nabídky terénní péče (koupel v domácnosti, dovoz nákupů, úklid domácnosti, pochůzky, doprovody apod.), ostatních 219 odebírá pouze obědy.

DPS Burianova – z celkového počtu 138 klientů v terénu jich 52 využíván úkony z nabídky terénní péče, zbylých 86 odebírá pouze obědy.

DPS Borový Vrch – z celkového počtu 162 klientů v terénu jich 35 využívá úkony z nabídky terénní péče, dalších 127 odebírá pouze obědy.

Rozdělení klientů v terénu dle věkových skupin:

Okrsek Krejčího

méně 65 let – 40 osob (16 mužů a 24 žen)

65 až 80 let – 67 osob (15 mužů a 52 žen)

81 až 85 let – 61 osob (16 mužů a 45 žen)

86 až 90 let – 61 osob (10 mužů a 51 žen)

nad 90 let – 20 osob – (7 mužů a 13 žen)

Okrsek Burianova

méně 65 let – 26 osob (9 mužů a 17 žen)

65 až 80 let – 44 osob (12 mužů a 29 žen)

81 až 85 let – 30 osob (2 mužů a 28 žen)

86 až 90 let – 30 osob (7 mužů a 23 žen)

nad 90 let – 8 osob (3 muži a 5 žen)

Okrsek Borový vrch

méně 65 let – 10 osob (5 mužů a 5 žen)

65 až 80 let – 54 osob (12 mužů a 42 žen)

81 až 85 let – 37 osob (12 mužů a 25 žen)

86 až 90 let – 46 osob (14 mužů a 32 žen)

nad 90 let – 15 osob (5 mužů a 10 žen)

V porovnání s obyvateli domů s pečovatelskou službou vyplývá, že v terénu je skupina klientů starších 85 let značně početnější (jedná se dohromady o 180 klientů), to znamená, že se jedná o 32,7% z celkového počtu terénních klientů.

3.5.2 Průzkum – průběh a postup

Průzkum probíhal ve dvou zásadních rovinách, tyto dvě rozdílné etapy byly nutné vzhledem k rozdílnosti klientů pečovatelské služby. Obě skupiny klientů byly popsány v předchozí kapitole, jedná se tedy o klienty pečovatelské služby v terénu a klienty bydlící v domech s pečovatelskou službou.

I vzhledem k rozdílnosti těchto dvou skupin klientů a k tomu i velkému počtu klientů samotných (rozdíly vyplývající z odlišnosti poskytované péče, v některých případech např. i obtížnosti přístupu ke klientům – v domech s pečovatelskou službou lze klienty navštívit velice snadno, na rozdíl od domů v terénu, kde například jsou potřeba i klíče od domovních dveří apod.), byl samotný průběh průzkumu velmi náročný z časového i technického hlediska.

Před zahájením samotného průzkumu došlo k setkání s ředitelkou organizace Centrum zdravotní a sociální péče Liberec, p.o., paní Ing. Čechovou. Na základě souhlasu ředitelky organizace bylo umožněno provádět výzkum ve všech objektech pečovatelské služby a současně kontaktovat pro potřeby výzkumu i klienty pečovatelské služby. Také byl vydán souhlas s využíváním dat z programu pečovatelské služby a odsouhlaseno zajištění potřebné součinnosti s ostatními pracovníky organizace.

Fáze průzkumu:

1. fáze - nejprve byla, podobně jako v případě předvýzkumu (viz. Kapitola číslo 3.5), provedena série porad s pracovníky všech okrsků pečovatelské služby. Na těchto poradách byli pracovníci organizace seznámeni s tím, jakým způsobem bude tento výzkum probíhat, jaké jsou cíle výzkumu a i to, zda a jakým způsobem se případně někteří pracovníci na výzkumu budou spolupodílet (jednalo se o spolupráci např. při zajištění klíčů od vchodů do domů, kde bydlí klienti v terénu, případně odvoz na místo bydliště klientů apod.).

V rámci těchto porad byl vytvořen seznam klientů, u kterých se dá předpokládat možnost výskytu demence, nebo je na základě analýzy zdravotní dokumentace zjištěno, že klient je léčen na některou z forem syndromu demence.

Tato fáze byla provedena v měsíci červenec roku 2010.

2. fáze – nejprve byl proveden výzkum u terénních klientů, a to nejprve u klientů, u kterých je pouze dodáván oběd. Důvodem byl velký počet klientů, logistická náročnost při kontaktování těchto klientů apod. Velmi významnou roli v rozhodnutí, že jako první skupinou byli vybráni terénní klienti, hrála otázka, jak provést dostatečně hodnotné a vypovídající pozorování u klientů, kteří od organizace odebírají pouze obědy (dovážku obědů) a tím pádem je kontakt s pracovníky organizace velmi minimální (v podstatě obvykle se jedná o časový kontakt v rozsahu okolo jedné minuty denně). Tento nedostačující kontakt byl naštěstí nahrazen dvěma jedinými možnými způsoby, kdy se kontakt s těmito klienty pravidelně o něco prodlužuje.

Těmito způsoby jsou:

- a) pravidelné předávání vyúčtování poskytnuté péče a platba za tuto péči (formou hotovostní platby nebo předání složenek)
- b) v případě, že tuto péči hradí např. rodina klienta převodem z bankovního účtu, provádělo se u takovýchto klientů obvyklé sociální šetření (v rámci pravidelného, alespoň 1x za rok obvyklého kontaktu), který provádí vedoucí daného okrsku pečovatelské služby. V obou případech došlo k tomu, že tyto činnosti byly prováděny mou osobou, (při předání vyúčtování jsem zastupoval terénní pracovníce), při sociálních šetření jsem tvořil doprovod vedoucí okrsku. Tato fáze probíhala v období srpen až září 2010.

3. fáze – průzkum u terénních klientů se standardním rozsahem péče – u těchto klientů byl prováděn výzkum v rámci poskytování běžné péče. Případná dodatečná zjištění a data byla získávána formou individuálního plánování péče apod. Tato fáze probíhala v říjnu 2010.

4. fáze – průzkum u klientů bydlících v DPS – získávání dat proběhlo buďto v rámci individuálního plánování nebo při poskytování péče. Tato fáze byla provedena v měsících listopad až prosinec 2010.

5. fáze období zpracování dat – probíhalo na začátku roku 2011.

V rámci průzkumu bylo cílem získat co nejobjektivnější data o klientech pečovatelské služby, a to jak v terénu tak i v DPS, a to formou pozorování, studia dokumentů, pohovorů s pracovníky organizace, rodinnými příslušníky apod.

3.6 Získaná data a jejich interpretace

Na základě průzkumu jsou v této kapitole popsána tato následující data, cílem průzkumu bylo zjistit stav péče o klienty, kteří trpí nějakou z forem syndromu demence. Následně z těchto údajů budou vyvozeny údaje, které by měli zodpovědět předpoklady této práce. Data jsou rozdělena do dvou skupin, první jsou údaje získané ve skupině klientů pečovatelské služby bydlících v domech s pečovatelskou službou, druhá skupina jsou klienti v terénu.

3.7.1 Klienti se syndromem demence bydlící v DPS

Jedná se o 45 klientů, bydlících v celkem osmi domech s pečovatelskou službou (dle popisného čísla jsou v DPS Krejčího 3 budovy, DPS Burianova 3 budovy a DPS Borový Vrch 2 budovy).

V DPS Krejčího je 19 klientů, v DPS Burianova je 18 klientů a v DPS Borový Vrch je 8 klientů.

Klienti bydlící v DPS Krejčího

Na DPS Krejčího bylo navštíveno všech 111 klientů, přičemž na základě průzkumu byla získána tato data:

- na základě vlastního průzkumu, studia dokumentů a konzultací s pracovníky organizace byl stanoven počet klientů, u kterých je zřejmé, že mají postižené kognitivní funkce a rovněž u nich dochází k projevům postižení nekognitivních oblastí osobnosti.

S projevy různých typů demence bylo identifikováno celkem 19 osob, přičemž daná skupina je relativně heterogenní. Jedná se o 18 žen a 1 muže v různých věkových kategoriích.

DPS Krejčího

méně 65 let – 3 osoby (3 ženy)

65 až 80 let – 3 osoby (3 ženy)

81 až 85 let – 5 osob (5 žen)

86 až 90 let – 5 osob (1 muž a 4 ženy)

nad 90 let – 3 osob – (3 ženy)

Popis jednotlivých skupin:

Skupina méně než 65 let – jedná se o jednu ženu ve věku 61 a dvě ženy ve věku 62 let.

U ženy ve věku 61 let se jedná o vaskulární demenci po cévní mozkové příhodě. Výrazně je postižena oblast krátkodobé paměti, silná dezorientace, převrácený biorytmus (klientka přes den spí a v noci je vzhůru apod.). U jedné ze starších žen se jedná o začínající demenci, zatím nebylo přesně diagnostikováno, o jaký druh se jedná, klientka dosud neabsolvovala speciální vyšetření. Druhá klientka ve věku 62 let trpí Parkinsonovou nemocí, přičemž současně s nemocí se u ní vyskytují i projevy lehkého stádia demence, a to obzvláště v oblasti exekutivních funkcí.

Skupina 65 až 80 let – u všech tří žen byla diagnostikována počínající forma demence, u jedné klientky byla diagnostikována počínající demence Alzheimerova typu. U dalších dvou zatím neproběhlo vyšetření u specialisty, a to i přes zřetelný úbytek kognitivních funkcí, v tuto dobu řešeno s ošetřujícím lékařem.

Skupina 81 až 85 let - ve dvou případech se jedná o pokročilou vaskulární demenci, u dalších dvou klientek byla diagnostikována pokročilá demence Alzheimerova typu, u poslední klientky dochází k velmi častým změnám chování, zanedbávání osobní hygieny, značně se projevuje i ochuzení řeči. Je možné, že se jedná o variantu demence frontotemporální demence.

Skupina 86 až 90 let – u muže je diagnostikována a léčena pokročilá demence Alzheimerova typu, u dvou žen je diagnostikována a léčena začínající demence Alzheimerova typu. Další, 89letá klientka má pokročilou demenci Alzheimerova typu, choroba je spojena s častým blouděním (často opouští DPS a je nalézána různě po městě), u této klientky je aktuálně řešeno ve spolupráci s rodinou umístění na specializované oddělení domova seniorů ve Františkově. Jedna žena ve věku 89 let má diagnostikovanou vaskulární demenci, kterou zapříčinila mozková příhoda, ke které došlo před třemi lety.

Skupina nad 90 let – jedna z klientek ve věku 91 let je zřejmý příklad již pokročilé Alzheimerovy demence, trpí silnými poruchami krátkodobé paměti, velké problémy s časovou a prostorovou orientací, časté jsou u klientky stavy deprese. Další dvě klientky jsou spíše případy demence spojené se špatným zdravotním stavem (jedna z klientek je například téměř nevidomá), v těchto případech se jedná o začínající demenci, pravděpodobně Alzheimerova typu.

Pro přehlednost tabulka jednotlivých typů demencí v DPS Krejčího:

věk	druh demence							
	DAT	vask.	Lewy	Parkins.	FT	posttrau.	alkohol.	neurč.
pod 65 let		1		1				1
65-80 let	1							2
81-85 let	2	2			1			
86-90 let	4	1						
nad 90 let	3							

Struktura péče o klienty s demencí:

U 19 klientů s projevy syndromu demence je péče zabezpečena tímto způsobem:

Klienti se začínající demencí – jedná se o 5 případů DAT, jedné vaskulární demence a jedné demence spojené s Parkinsonovou nemocí. Dále do této skupiny náleží i tři dosud nespecifikované případy začínající demence dosud neznámého druh.

U těchto klientů převažují tyto typy péče:

Především velký podíl těchto úkonů: Běžné nákupy a pochůzky (přičemž tuto péči tvoří hlavně pochůzky – tedy vyřizování veškerých činností spojených s komunikací s vnějškem) a dále úkon Pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu (v rámci tohoto úkonu se aplikují dohledy u klientů).

Klienti s pokročilou demencí – v tomto případě se jedná o pět případů DAT, tři případy vaskulární demence a jeden hraniční případ frontotemporální demence.

U těchto klientů je nejvíce poskytována tato péče:

Kromě větší frekvence úkonů Běžný nákup a pochůzky a Pomoc při prostorové orientaci stoupá i podíl péče o samotné osoby (vzhledem k postupujícím zdravotním obtížím a především postupnému zanedbávání péče o svou osobu jako takovou) – v tomto případě se jedná o úkon Pomoc při úkonu osobní hygieny. K tomu je navíc potřeba zvýšeného dohledu nad aplikací léků (aby nedocházelo k „zapomínání“, že si klienti mají brát své léky).

Současně je v rámci individuálního plánování poskytována péče zaměřená na podporu (resp. udržení) kognitivních funkcí.

Klienti bydlící v DPS Burianova

Na DPS Burianova byla po návštěvě u 131 klientů získána tato data:

- na základě vlastního průzkumu, studia dokumentů a konzultací s pracovníky organizace bylo stanoveny tyto počty klientů, u kterých je zřejmé, že mají postižené kognitivní funkce a rovněž u nich projevuje i postižení nekognitivních oblastí osobnosti.

S projevy různých typů demence bylo identifikováno celkem 18 osob, přičemž daná skupina je relativně heterogenní. Jedná se o 6 mužů a 12 žen v různých věkových kategoriích.

DPS Burianova

méně 65 let – 4 osoby (3 muži a 1 žena)

65 až 80 let – 4 osoby (2 muži a 2 ženy)

81 až 85 let – 2 osoby (2 ženy)

86 až 90 let – 6 osob (6 žen)

nad 90 let – 2 osoby (1 muž a 1 žena)

Popis jednotlivých skupin:

Skupina pod 65 let – jedná se o 4 klienty, skupinu lze rozdělit dle věku na mladší a starší.

Muž je ve věku 40 let a žena je ve věku 44 let. Dva muži jsou ve věku 59 a 60 let.

U skupiny dvou starších mužů se jedná o případy demencí vaskulárního typu (u obou došlo k náhlé cévní mozkové příhodě).

U mladší skupiny se jedná v případě ženy opět o demenci vaskulárního typu. U muže ve věku 40 let se jedná o posttraumatickou demenci, klient se stal obětí vážné dopravní nehody, přičemž utrpěl velmi vážný úraz hlavy (musela mu být odebrána i část lebeční kosti).

Skupina 65 až 80 let – u muže 72 let se jedná o typický příklad lehké demence vaskulárního typu, jako důsledku rozsáhlého cévního krvácení do mozku, u muže 77 let se projevuje typický třes rukou, zpomalené pohyby a nejistá chůze, současně se projevují problémy s pamětí a celkově zpomalené myšlenkové reakce. Pravděpodobně se jedná o demenci spojenou s projevy Parkinsonovi nemoci. U ženy (76 let) byla rozpoznána demence Alzheimerova typu, nyní již ve středním stádiu (demence diagnostikována před 4 lety), aktuálně se u ženy řeší umístění na specializované oddělení v domově seniorů ve Františkově. Druhá žena (78 let), u této klientky podezření na přítomnost demence s Lewyho tělísky, časté jsou zrakové i sluchové halucinace, objevuje se třas rukou, demence velmi rychle postupuje, aktuálně řešeno urgentní umístění v domově seniorů ve Františkově.

Skupina 81 až 85 let - u obou žen se jedná o dosud ne plně vyhraněnou demenci (a to v počátečním stádiu), u obou klientek se začínají projevovat problémy s orientací v čase a prostoru, přičemž paměťové schopnosti v oblasti vzdálené minulosti zatím zůstávají zachovány, na základě prvních projevů lze usuzovat na možnou demenci Alzheimerova typu.

Skupina 86 až 90 let – u tří z žen se zatím jedná spíše o lehké stádium demence, v tomto případě pravděpodobně Alzheimerova typu (nedošlo k vaskulární příhodě, ani nebyla provedena narkóza apod.). U všech žen se zatím nemoc projevuje poruchami orientace (obzvláště v prostoru – již nezvládají sami chodit mimo DPS apod.), rovněž se objevují poruchy krátkodobé paměti (vybavování si např. minulého dne apod.).

U dalších trojice žen se jedná o tuto situaci - ve dvou případech je diagnostikováno střední stádium demence Alzheimerova typu (ženy jsou již značně odkázány na péči okolí, v podstatě neopouštějí byt). Poslední z žen ve skupině prodělala před dvěma lety mozkovou příhodu, po návratu z léčby byla u klientky diagnostikována rychle postupující demence (do té doby nepozorován úbytek kognitivních funkcí), nyní silné postižení paměťových funkcí (nepoznává rodinné příslušníky, nepamatuje si, kde bydlí a proč zde je apod.) – aktuálně řešeno umístění do domova seniorů na oddělení se zvláštním režimem pro nemocné s demencí.

Skupina nad 90 let – u muže (92 let) se jedná o již pokročilou demenci, pravděpodobně Alzheimerova typu, navíc je muž v celkově velmi špatném zdravotním stavu (diabetes, problémy s vysokým tlakem apod.). Značně problematické jsou i jeho výkyvy chování (bývá podrážděn, nebo naopak apatický, dosti často utíká (odchází) z DPS a bloudí po okolí, opakovaně jej přivádí nazpět sousedé, policie apod. Stále častěji nedokáže rozpoznat nejbližší rodinné příslušníky apod. Žena (90 let) – u klientky diagnostikována pravděpodobně multiinfarktová demence – u klientky dochází k velkým výkyvům psychického stavu (deprese jsou střídány se dny spokojenosti až radosti. Paní si značně uvědomuje svoji „zvláštnost“, z tohoto důvodu trpí stále častěji depresí, jinak jsou paměťové schopnosti dosti dobře zachovány.

Pro přehlednost tabulka jednotlivých typů demencí v DPS Burianova:

věk	druh demence							
	DAT	vask.	Lewy	Parkins.	FT	posttrau.	alkohol.	neurč.
pod 65 let		3				1		
65-80 let	1	1	1	1				
81-85 let	2							
86-90 let	5	1						
nad 90 let	1	1						

Struktura péče o klienty s demencí:

U 18 klientů s projevy syndromu demence je péče zabezpečena tímto způsobem:

Klienti se začínající demencí – jedná se o pět případů DAT, pět případů vaskulární demence a jedné demence spojené s Parkinsonovou nemocí.

U těchto klientů převažují tyto typy péče:

Zde je velký podíl těchto úkonů: Běžné nákupy a pochůzky (přičemž tuto péči tvoří hlavně pochůzky, kdy je převážně zajištěna komunikace s vnějším okolím) a dále úkon Pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu (v rámci tohoto úkonu se aplikují dohledy u klientů – kontrola stavu domácnosti i samotného klienta).

Klienti s pokročilou demencí – v tomto případě se jedná o čtyři případy DAT, jeden případ vaskulární demence, jeden případ posttraumatické demence a jeden případ demence s Lewyho tělísky.

U těchto klientů je nejvíce poskytována tato péče:

Kromě vyšší frekvence úkonů Běžný nákup a pochůzky a Pomoc při prostorové orientaci stoupá i podíl péče o samotné osoby (vzhledem k postupujícím zdravotním obtížím a především stále většímu zanedbávání péče o svou osobu jako takovou) – v tomto případě se jedná o úkon Pomoc při úkonu osobní hygieny.

K tomu je navíc u klientů s pokročilou formou demence potřeba zvýšeného dohledu nad aplikací léků (aby nedocházelo k „zapomínání“, že si klienti mají brát své léky). Roste rovněž i podíl domácí zdravotní péče z hlediska aplikace léků samotných (krom medikamentů i např. aplikace inzulínových injekcí) a také celkové sledování zdravotního stavu.

Současně je v rámci individuálního plánování poskytována péče zaměřená na podporu (resp. udržení) kognitivních funkcí.

U klienta s výkyvy nálad je kromě další péče dbán důraz na předcházení konfliktních situací (pečovatelky chodí do bytu klienta ve dvojicích apod.).

Klienti bydlící v DPS Borový Vrch

Na DPS Borový Vrch byla po návštěvě u 38 klientů získána tato data:

- na základě vlastního průzkumu, studia dokumentů a konzultací s pracovníky organizace bylo stanoveny tyto počty klientů, u kterých je zřejmé, že mají postižené kognitivní funkce a rovněž u nich projevuje i postižení nekognitivních oblastí osobnosti.

S projevy různých typů demence bylo identifikováno celkem 8 osob, přičemž daní skupina je relativně homogenní. Jedná se o 7 žen a jednoho muže v různých věkových kategoriích.

méně 65 let – 1 muž (60 let)

65 až 80 let – 1 žena

81 až 85 let – 2 ženy

86 až 90 let – 3 ženy

nad 90 let – 1 žena (92 let)

Popis jednotlivých skupin:

Méně než 65 let – jedná se o klienta s alkoholovou demencí ve věku 60 let, stav klienta se daří zvýšenou péčí postupně zlepšovat.

Skupina 65 až 80 let – klientka je postižena pokročilou demencí, pravděpodobně Alzheimerova typu, výrazné je zhoršení krátkodobé paměti, velké problémy s orientací v čase a prostoru. Objevují se problémy s blouděním, klientka již téměř nevychází ze svého bytu.

Skupina 81 až 85 let – obě ženy jsou ve stádiu mezi lehkou a střední demencí, v obou případech se jedná o pravděpodobnou demenci Alzheimerova typu.

Skupina 86 až 90 let – dvě z klientek mají příznaky začínajícího stádia demence (pozorovatelný úbytek paměťových funkcí), v tuto dobu řešena situace s ošetřujícím lékařem a chystá se provedení specializovaných vyšetření. Možnost nějaké formy demence je vysoce pravděpodobná, nemoc zatím v počátečním stádiu. Třetí klientka má pokročilé stádium demence vaskulárního typu po náhlé mozkové cévní příhodě. Po prodělané nemoci indikována rychlá změna stavu klientky, doposud aktivní a vždy dobře naladěná klientka začala být výrazně neaktivní, často smutná až depresivní nálada, výrazné zhubnutí (značně omezila příjem potravin apod.). Podána žádost o umístění klientky do domova seniorů.

Skupina nad 90 let – u klientky se vyskytují problémy s krátkodobou pamětí a orientací v čase, vzhledem k dalším zdravotním komplikacím celkově dosti špatný zdravotní stav. Demence zatím v počínajícím stádiu, prozatím odhadnuta na možnou demenci Alzheimerova typu, doposud neproběhlo vyšetření u specialisty. Svůj vliv má i celkově vysoký věk klientky, je možné, že se jedná spíše o projevy stáří jako takového.

Pro přehlednost tabulka jednotlivých typů demencí v DPS Borový Vrch:

	druh demence							
věk	DAT	vask.	Lewy	Parkins.	FT	posttrau.	alkohol.	neurč.
pod 65 let							1	
65-80 let	1							
81-85 let	2							
86-90 let		1						2
nad 90 let								1

Struktura péče o klienty s demencí:

U 8 klientů s projevy syndromu demence je péče zabezpečena tímto způsobem:

Klienti se začínající demencí – jedná se o dva případy DAT, jedna alkoholová demence a tři dosud neurčené demence.

U těchto klientů převažují tyto typy péče:

Zde je velký podíl těchto úkonů: Běžné nákupy a pochůzky (přičemž tuto péči tvoří hlavně pochůzky, kdy je převážně zajištěna komunikace s vnějším okolím) a dále úkon Pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu (v rámci tohoto úkonu se aplikují dohledy u klientů – kontrola stavu domácnosti i samotného klienta). U klienta s alkoholovou demencí je intenzivně pracováno v rámci IP na jeho aktivizaci a výplni volného času formou hraní společenských her, společné četby apod.

Klienti s pokročilou demencí – v tomto případě se jedná o jeden případ DAT a jeden případ vaskulární demence.

U těchto klientů je nejvíce poskytována tato péče:

Kromě vyšší frekvence úkonů Běžný nákup a pochůzky a Pomoc při prostorové orientaci stoupá i podíl péče o samotné osoby (vzhledem k postupujícím zdravotním obtížím a především stále většímu zanedbávání péče o svou osobu jako takovou) – v tomto případě se jedná o úkon Pomoc při úkonu osobní hygieny.

K tomu je navíc u klientů s pokročilou formou demence potřeba zvýšeného dohledu nad aplikací léků (aby nedocházelo k „zapomínání“, že si klienti mají brát své léky). Roste rovněž i podíl domácí zdravotní péče z hlediska aplikace léků samotných (krom medikamentů i např. aplikace inzulínových injekcí) a také celkové sledování zdravotního stavu.

Současně je v rámci individuálního plánování poskytována péče zaměřená na podporu (resp. udržení) kognitivních funkcí. U klientky s vaskulární demencí je rovněž dosti početný úkon Doprovázení dospělých (kdy je klientka za pomoci vozíků vyvážena na krátké projížďky po okolí DPS, cílem je odpoutat mysl klientky od depresivních stavů).

Celkově lze konstatovat, že výhodou klientů v DPS Borový Vrch je relativní „malost“ samotného domu (tedy malý počet klientů), což umožňuje intenzivnější a individuálnější péči o klienty.

3.7.2 Klienti v terénu – vícečetná péče

Vzhledem k rozložení počtu klientů v rámci organizace se dalo očekávat, že počet klientů trpících některou z forem demence, bude daleko vyšší v případě terénních klientů, než v případě klientů bydlících v DPS.

Bohužel se prokázalo, jak velkou překážkou je minimální možnost adekvátně se informovat o stavu klientů, kteří jsou v terénu, a to obzvláště klientů, kteří využívají pouze úkon dovážka obědů, a těchto klientů je přitom je většina (klientů využívajících pouze dovážku obědů je z celkového počtu terénních klientů 79 %).

Společné pro klienty s demencí je zajištění obědů, většinou jsou obědy zajištěny ve všední dny, u většiny klientů s postupující nemocí je oběd dodáván i o víkendu, kdy dovážka obědu plní i funkci alespoň relativního dohledu nad stavem klienta.

Okrsek Krejčího - terén

U klientů, kteří odebírají více úkonů péče, bylo zjištěno, že z počtu 30 klientů byly u 10 klientů (6 žen a 4 muži) diagnostikovány projevy některého ze syndromů demence.

méně 65 let – 1 muž (47 let)

65 až 80 let – 2 muži

81 až 85 let – 2 ženy

86 až 90 let – 2 ženy

nad 90 let – 3 osoby (2 ženy a jeden muž)

Popis jednotlivých skupin:

Méně 65 let – muž, 47 let, posttraumatická demence v lehkém stádiu, vážný úraz hlavy způsobený pádem.

Skupina 65 až 80 let – dva muži, u obou diagnostikována pokročilá demence Alzheimerova typu, velká ztráta orientace v čase i prostoru, problémy s rozpoznáváním příbuzných.

Skupina 81 až 85 let – jedna žena trpí vaskulární demencí pokročilého stádia po cévní mozkové příhodě, druhá žena trpí začínající demencí (ztráta krátkodobé paměti, zapomínání apod., pravděpodobně začínající demence Alzheimerova typu, v tuto dobu bude absolvovat vyšetření u specialistů.

Skupina 86 až 90 let – u obou žen diagnostikována začínající demence, problémy s pamětí, postupná ztráta časové a prostorové orientace. Doposud neproběhlo vyšetření u specialisty.

Skupina nad 90 let – dvě ženy trpí pokročilým stádiem demence Alzheimerova typu, přičemž aktuálně je řešeno jejich umístění na umístění do speciálního oddělení do domova seniorů ve Františkově. Muž trpí začínající demencí, patrně Alzheimerovy demence, prvotní vyšetření tuto možnost ještě nepotvrdilo (zatím provedeny pouze testy, podrobnější vyšetření bude následovat po ukončení hospitalizace klienta na LDN po úrazu způsobený pádem).

Tabulka výskytu demence u terénních klientů PS Krejčího:

věk	druh demence							
	DAT	vask.	Lewy	Parkins.	FT	posttrau.	alkohol.	neurč.
pod 65 let						1		
65-80 let	2							
81-85 let	1	1						
86-90 let								2
nad 90 let	2							1

Struktura péče o klienty s demencí:

U 10 klientů s projevy syndromu demence je péče zabezpečena tímto způsobem:

Klienti se začínající demencí – jedná se o jeden případ DAT, jedna posttraumatická demence a tři dosud neurčené demence.

U těchto klientů převažují tyto typy péče:

Nejčastější jsou Běžné nákupy a pochůzky (přičemž tuto péči tvoří hlavně pochůzky, kdy je převážně zajištěna komunikace klienta s vnějším okolím). Dále běžný úklid a údržba domácnosti a nakonec Pomoc při úkonech osobní hygieny. U klienta s posttraumatickou

demencí je snaha v rámci IP co největší aktivizaci (formou čtení, povídání apod.). U všech klientů se rovněž provádějí krátkodobé procházky po okolí (pouze za pěkného počasí - mimo zimní období).

Klienti s pokročilou demencí – v tomto případě se jedná o čtyři případy DAT a jeden případ vaskulární demence.

U těchto klientů je nejvíce poskytována tato péče:

U klientů se střední demencí se hlavně značně zvyšuje frekvence úkonů Běžné nákupy a pochůzky, a dále stoupá i podíl péče o samotné osoby (vzhledem k postupujícím zdravotním obtížím a především stále většímu zanedbávání péče o svou osobu jako takovou) – v tomto případě se jedná o úkon Pomoc při úkonu osobní hygieny.

U klientek, u kterých již nemoc postoupila vážněji, se vzhledem k jejich situaci intenzivně řeší umístění do domova seniorů, neboť vzhledem k nemožnosti zajištění péče v pozdních hodinách (po skončení pracovní doby v 15:30) a o víkendech (vyjme dovozu oběda) by mohlo dojít k nějaké závažné a život ohrožující situaci u těchto klientů.

Okrsek Burianova – terén

V tomto okrsku je jen velmi malý počet starších klientů, neboť většina klientů v terénu, kteří odebírají větší množství péče, jsou tělesně postižení klienti v mladších věkových kategoriích. Tito klienti jsou z valné části soustředěni v několika málo budovách v městské části Vesec. V těchto budovách jsou byty, které mají status bytů zvláštního určení, přičemž jsou zaměřené speciálně na tělesně postižené osoby.

Z 52 klientů v terénu je pouze 8 osob starších 65 let, z toho pouze u tří žen ve věkové skupině od 81 až 85 let jsou diagnostikovány kognitivní poruchy. Dvě ženy mají diagnostikovanou počínající demenci Alzheimerova typu, třetí žena má diagnostikováno střední stádium demence Alzheimerova typu.

Tabulka výskytu demence u terénních klientů PS Burianova:

věk	druh demence							
	DAT	vask.	Lewy	Parkins.	FT	posttrau.	alkohol.	neurč.
pod 65 let								
65-80 let								
81-85 let	3							
86-90 let								
nad 90 let								

Struktura péče o klienty s demencí:

U 3 klientek s projevy syndromu demence je péče zabezpečena tímto způsobem:

Klientky se začínající demencí – jedná se o dva případy DAT.

U těchto klientů převažují tyto typy péče:

Zde jsou nejčastější Běžné nákupy a pochůzky, dále běžný úklid a údržba domácnosti. Kromě těchto je zde snaha o aktivizaci klientek – četba, luštění křížovek, povídání a občasné procházky.

Klientka s pokročilou demencí – v tomto případě se jedná o jeden případ DAT.

U této klientky naštěstí částečně dál pečuje rodina, PS zajišťuje pouze Pomoc při prostorové orientaci a Dovož a donášku oběda.

Okrsek Borový Vrch - terén

Z 35 klientů v terénu, kteří využívají více úkonů, má projevy některé z forem syndromu demence 9 klientů.

65 až 80 let – 2 osoby (muž a žena)

81 až 85 let – 4 ženy

86 až 90 let – 3 ženy

Popis jednotlivých skupin:

Skupina 65 až 80 let – muž (77 let) trpí střední formou vaskulární demence po prodělané cévní mozkové příhodě, navíc klient momentálně klient trpí vysokým krevním tlakem a dalšími zdravotními komplikacemi, muž je celkově oproti původnímu stavu před mozkovou příhodou značně výkonově zpomalen, trpí depresemi, objevuje se třas končetin, diagnostikována pravděpodobně tzv. převážně podkorová vaskulární demence.

Žena (72 let) – začínají se u ní projevovat prvotní příznaky začínající demence – poruchy orientace v čase a prostoru, bývá často zmatená, pravděpodobně nastupující demence Alzheimerova typu – řeší se ve spolupráci s ošetřujícím lékařem.

Skupina 81 až 85 let – jedna klientka je ve stádiu začínající demence – nyní prochází vyšetřeními u specialisty – je možné, že se jedná o demenci Alzheimerova typu nebo možná demenci s Lewyho tělísky – zatím blíže neurčeno – u klientky se začínají vyskytovat relativně časté halucinace (mluví s mrtvým manželem, někdo ji stále navštěvuje apod.), třes končetin zatím nepozorován. Další dvě klientky se nalézají ve stavu, kdy jsou na rozhraní lehké až střední DAT. K problémům s krátkodobou pamětí se pomalu přidává i selhávání dlouhodobější paměti, problémy s prostorovou orientací, téměř neopouštějí byt.

Poslední klientka ve vážném zdravotním stavu – diabetes, vysoký krevní tlak, před cca půl rokem provedena náhrada srdeční chlopně – pravděpodobně došlo k mozkové příhodě – aktuálně lehký stupeň vaskulární demence. Demence však dosti rychle postupuje.

Skupina 86 až 90 let – u dvou klientek je diagnostikováno střední stádium demence Alzheimerova typu, stupňuje se postižení dlouhodobé paměti, krátkodobá paměť je postižena již velmi závažně. O obě klientky se stará rodina (bydlí ve stejném domě společně s dětmi).

Jedna klientka trpí pravděpodobně možnou formou farmakogenní demence – klientka trpí silnými depresemi, požívá velká množství léků (na zlepšení spánku, potlačující úzkost apod.). Dle pozorování je klientka velmi zmatená, orientace v čase je špatná, ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a specialisty zařizena změna medikace. Poslední klientka se nachází v počátečním stádiu některé z forem demence – dosud neabsolvovala vyšetření u specialisty, evidentně postižena krátkodobá paměť, zjevné jsou poruchy motoriky.

Tabulka výskytu demence u terénních klientů PS Borový Vrch:

věk	druh demence							
	DAT	vask.	Lewy	Parkins.	FT	posttrau.	alkohol.	neurč.
pod 65 let								
65-80 let		1						1
81-85 let	2	1						1
86-90 let	2							1
nad 90 let								

Struktura péče o klienty s demencí:

U 9 klientů s projevy syndromu demence je péče zabezpečena tímto způsobem:

Klienti se začínající demencí – jedná se o tři případy DAT, jeden výskyt vaskulární demence a dvě dosud neurčené demence.

U těchto klientů převažují tyto typy péče:

U klientů se jedná většinou o péče typu Běžné nákupy a pochůzky, Běžný úklid a údržba domácnosti a při dobrém počasí procházky po okolí. U klientky s halucinacemi je kladen důraz na připravenost pracovníků přímé péče řešit situaci, když k halucinacím dochází (nepodporovat halucinace apod.), zde se zajišťují pochůzky a občasný velký nákup.

Klienti s pokročilou demencí – v tomto případě se jedná o 2 případy DAT a jeden případ vaskulární demence.

Nejvíce poskytována tato péče:

U těchto klientů je poskytována péče formou Běžného úklidu a údržby domácnosti, Běžné nákupy a pochůzky, 1x za 14 dní Velká nákup, 1x týdně Pomoc při úkonech osobní hygieny v domácnosti.

3.7.3 Klienti v terénu – úkon dovoz oběda

U klientů, kteří odebírají od organizace CZaSP Liberec, p.o., pouze jeden úkon - tedy dovážku obědu, byla situace průzkumu dosti složitá. I přes veškerou snahu se projevilo, jak málo lze zjistit o klientech, kteří ve většině případů téměř nepřijdou do kontaktu s pracovníky organizace. Zavedený režim rozvozu péče totiž probíhá formou pouhého vyndání jídlonosiče před dveře bytu klienta, přičemž je zde již připraven prázdný jídlonosič z minulého dne. Přičemž více jak $\frac{3}{4}$ klientů vůbec neotevírají a nesetkávají se s roznašeči obědů tvář v tvář.

Tím je kontakt s klientem minimalizován na v podstatě náhodná setkání (četnost nedosahuje ani 1 setkání za měsíc), což nutně vede k situaci, kdy organizace má minimum informací o klientu samotném. K jedinému kontaktu dochází pouze při výběrech, přičemž těmito výběry dochází k setkání s cca $\frac{3}{4}$ z celkového počtu klientů, ostatní provádějí platby přes rodinu nebo formou složenky. Tím často dochází k situaci, kdy je s některými klienty udržován pouze minimální nebo téměř vůbec žádný osobní kontakt. Tato situace byla částečně napravena zavedením individuálního plánování péče, kdy mají terénní pracovníci za úkol každého klienta minimálně jednou měsíčně kontaktovat, ověřit jeho celkový stav a současně mu

případě nabídnout rozšíření péče, pokud by to klient vyžadoval. Tím organizace získává aktuálnější informace o stavu svých terénních klientů.

Bohužel, i přes toto setkávání, mají těžko šanci terénní pracovníci v průběhu velice krátkých kontaktů s klienty (průměrný čas kontaktu se pohybuje mezi jednou až pěti minutami, pokud dochází k platbě hotovosti za poskytnutou péči) zjistit relevantní informace o zdravotním stavu klienta. V podstatě, pokud organizaci nekontaktuje rodina klienta, tak je šance na odhalení změn zdravotního stavu velmi malá.

A z těchto důvodů, i přes velmi vysoký počet klientů v terénu, odebírající pouze jediný úkon, jsou znalosti o celkovém stavu klientů velmi nedostačující.

Z celkového počtu 442 klientů, kteří odebírají pouze úkon dovoz obědů, bylo při výzkumu podchyceno pouze cca 10 osob, u kterých zřejmě dochází k některé z forem demence. U ostatních klientů je situace značně nejasná, v podstatě nezbývá než doufat, že v případě nastupující demence se o klienta postará rodina, případně bude kontaktovat naši organizaci, která může posléze zajistit adekvátní navýšení péče o daného jedince.

U 10 zjištěných osob (většinou samostatně bydlících a bez rodinných příslušníků) byla zjištěna tato data:

65 až 80 let – 5 osob (1 muž a 4 ženy)

81 až 85 let – 3 ženy

86 až 90 let – 2 ženy

Skupina 65 až 80 let – u muže je přítomna pokročilá demence vaskulárního typu, následek mozkové příhody, o klienta se stará sousedka. Aktuálně se řeší umístění do domova seniorů ve Františkově, sousedka začíná nezvládat péči a současně klient nechce rozšířit péči.

U tří z žen je přítomna nejspíše počáteční fáze demence, projevy dezorientace v prostoru jako je občasné bloudění apod. Typ demence zatím blíže neurčen, neproběhlo vyšetření u specialisty.

Čtvrtá klientka má diagnostikovanou demenci Alzheimerova typu ve středním stádiu, pečuje o ni dcera.

Skupina 81 až 85 let – u dvou žen se jedná o zatím nerozpoznanou demenci v počátečním stádiu, klientky neabsolvovaly žádná kognitivní vyšetření, žijí samy bez rodinných příslušníků, zatím se projevuje úbytek kognitivních funkcí – špatná orientace v čase, zmatenost apod. Průběžně informování ošetřující lékaři. Třetí klientka má diagnostikovanou demenci vaskulárního typu, po opakované cévní mozkové příhodě, aktuálně ve velmi špatném zdravotním stavu, v současné době umístěna na LDN.

Skupina 86 až 90 let – jedna klientka ve věku 92 let trpí pokročilou demencí, pravděpodobně typu demence s Lewyho tělísky (vyskytují se parkinsonovské projevy – vymizení mimiky, časté jsou pády, dále dochází k občasným halucinacím). O klientku se stará sestra ve věku 60 let. Druhá z žen ve věku 93 let trpí začínající demencí - pravděpodobně Alzheimerova typu, o klientku se stará vnuk, zatím zajišťuje péči o klientku a nepotřebuje větší spoluúčast pracovníků organizace.

Tabulka výskytu demence u klientů v terénu:

Terén	druh demence								
	věk	DAT	vask	Lewy	Parkins.	FT	posttrau.	alkohol.	neurč.
	pod 65 let								
	65-80 let	1	1						3
	81 - 85 let		1						2
	86 - 90 let	1		1					
	nad 90 let								

Struktura péče o klienty s demencí:

U 9 klientů s projevy syndromu demence je péče zabezpečena tímto způsobem:

Klienti se začínající demencí – jedná se o jeden případ DAT, jedna vaskulární demence a pět dosud neurčených demencí.

Klienti s pokročilou demencí – v tomto případě se jedná o jeden případ DAT, jeden případ vaskulární demence a jeden případ demence s Lewyho tělísky.

Bohužel, u všech těchto klientů je poskytováno pouze Dovož nebo donáška jídla, další péče dosud nebyla vyžádána. Momentálně jedinou možností je kontaktování příbuzných (pokud nějaké mají) a ošetřujících lékařů, aby byla zajištěna včasná a dostatečná lékařská péče, zaměřená na řešení problémů spojených s výskytem syndromu demence.

3.7.4 Interpretace získaných dat

3.7.4.1 Výskyt jednotlivých typů demencí u klientů pečovatelské služby

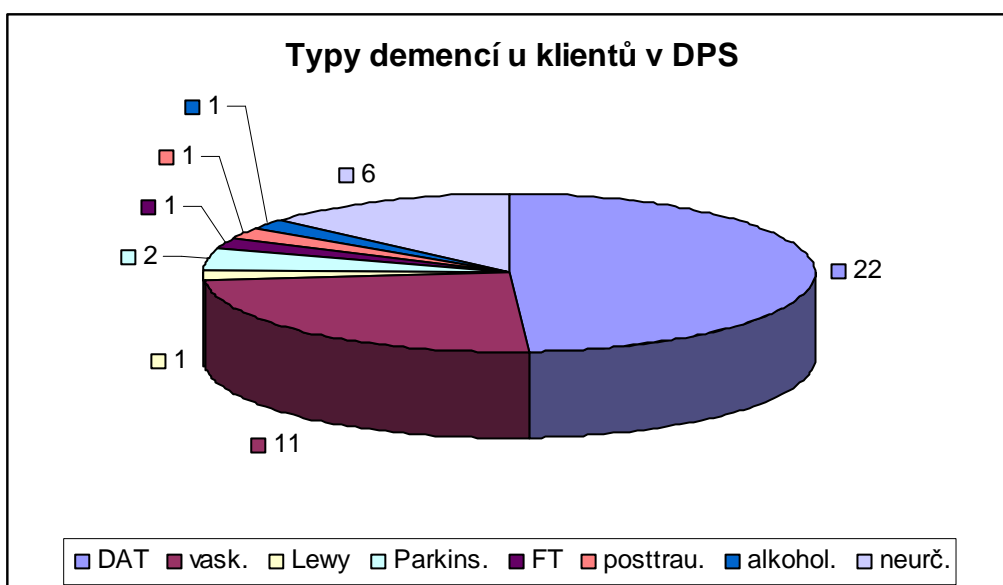
Na základě provedeného průzkumu byla zjištěna tato data, týkající se zastoupení jednotlivých typů demencí u klientů pečovatelské služby, poskytované organizací CZaSP Liberec, p.o.:

1) U 280 klientů pečovatelské služby, kteří bydlí v DPS, trpí některou z forem syndromu demence 45 klientů, což činí 16% z celkového počtu.

2) U 107 klientů pečovatelské služby, kteří bydlí v terénu a využívají vícečetnou péči, trpí některou z forem syndromu demence celkem 22 klientů, to činí 20,5 % z celkového počtu klientů.

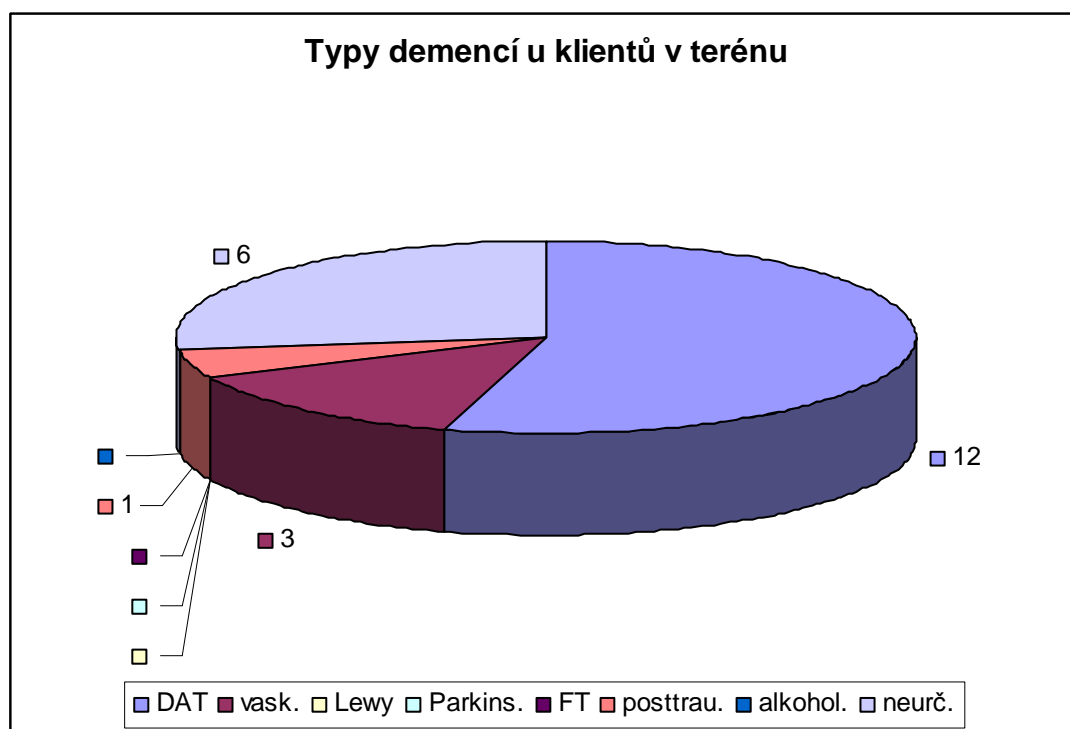
3) U 442 klientů pečovatelské služby, kteří jsou v terénu a odebírají pouze jediný úkon (dovážka obědů), bylo zjištěno, že prokazatelně trpí některou z forem demence pouze 10 klientů, toto číslo je však naprosto nevypovídající, neboť se nepodařilo získat dostatek relevantních informací o stavu klientů.

Graf, zobrazující zastoupení jednotlivých typů demencí, u klientů v DPS:



Graf vyjadřuje zastoupení klientů s demencí – tedy 45 nemocných z celkového počtu 280 klientů - obyvatel DPS.

Zde je uveden graf, který zachycuje zastoupení jednotlivých typů demencí u klientů v terénu, kteří odebírají vícečetnou péči:



Graf vyjadřuje zastoupení klientů s demencí – tedy 22 nemocných z celkového počtu 107 terénních klientů.

3.7.4.2 Stav péče o klienty s demencí v DPS

V rámci péče v DPS pracuje obvykle na každém okrsku 7-8 pracovníků přímé péče (pečovatele). Navíc je na každém okrsku neustále přítomen i pracovník dispečinku, který rovněž dle nutnosti zajišťuje péči o klienty. Tito pracovníci jsou schopni zajistit adekvátní a dlouhodobou péči o klienty v jakémkoli zdravotním stavu, navíc mají k dispozici celou řadu speciálních pomůcek, jako jsou různé zvedáky apod. Není proto problém velká hodinová dotace péče u klientů ve špatném zdravotním stavu, jako jsou plně imobilní klienti apod. Bez větších obtíží lze poskytnout určitým klientům více jak 4 hodiny péče denně, v podstatě je tato péče limitována pouze finančními možnostmi klienta samotného.

Četnost poskytovaných úkonů – u klientů s lehkou demencí je nejčastěji poskytován úkon Pomoc při prostorové orientaci, tedy dohledy, kdy je prakticky denně kontrolován stav klienta i jeho domácnosti, aby se předešlo např. nebezpečnému jednání (při ohřívání jídla - nebezpečí vzniku požáru apod.) a současně je zajištěna podpora pitného režimu, správného

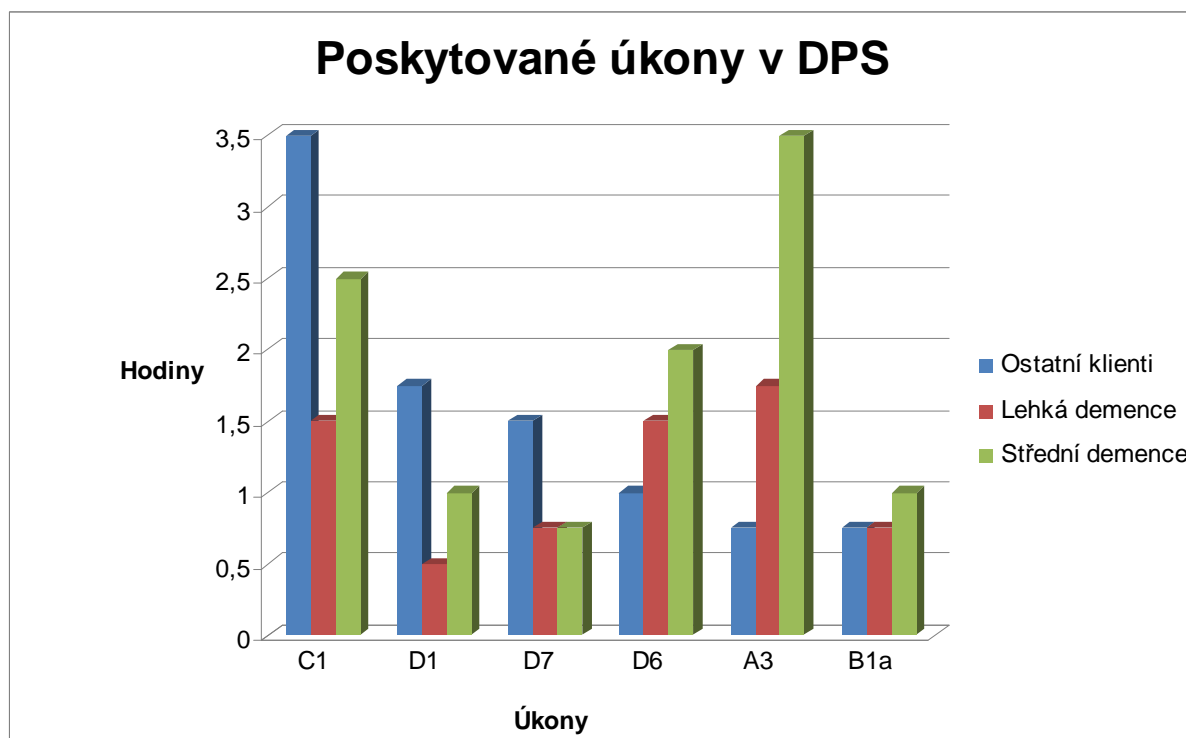
užívání léků atd. Nákupy a pochůzky se provádějí v pravidelných termínech, obvykle třikrát týdně (v pondělí, středu a pátek).

U klientů ve střední fázi demence je kromě nutnosti pravidelných dohledů (prováděných minimálně 3x denně) a samozřejmě zajištění základních životních potřeb formou nákupů, také významně zvýšení podílu péče o samotnou osobu klienta (kromě dohledů se jedná o pomoc při provádění úkonů osobní hygieny atd.). Zvyšuje se také frekvence úkonů jako je Příprava a podání jídla a pití. Velmi zásadní vliv na stav nemocných klientů má i dohled nad řádným užíváním léků v rámci domácí péče.

Zásadní rozdíl v poskytované péči oproti ostatním klientům je tedy ve struktuře poskytovaných úkonů. Nejčastěji poskytovanými úkony v rámci péče o ostatní klienty (kteří netrpí některou z forem demence) v DPS jsou:

Dovoz a donáška oběda, běžný úklid a údržba domácnosti, velký nákup (nákupy při hmotnosti nad 10 kg), a až poté následují úkony Pomoc při prostorové orientaci a další úkony.

Zde je uvedeno grafické znázornění 5 nejčastějších úkonů u klientů v DPS. Jedná se o přehled hodinové péče poskytované v průběhu jednoho týdne.



Vysvětlivky zkratk úkonů: C1 - Dovoz nebo donáška jídla, D1 - Běžný úklid a údržba domácností, D7 - Velký nákup, D6 - Běžné nákupy, pochůzky, A3 - Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu, B1a – Pomoc při úkonech osobní hygieny v domácnosti

Na základě výše uvedeného grafu lze data interpretovat takto:

V rámci týdenní péče (která se v podstatě dále opakuje po celý měsíc) lze konstatovat toto:

U klientů, kteří netrpí demencí, je nejčastějším úkonem dovoz jídla (u klienta cca 3,5 hodiny týdně – tedy každý den oběd i s dovozem ½ hod.), úklid domácnosti (1,75 hodin týdně - 2x týdně úklid), velký nákup (1,5 hod. týdně), dále následují běžné nákupy a pochůzky (1hod. týdně), pomoc při prostorové orientaci (0,75 hod týdně) a nakonec pomoc při úkonech osobní hygieny v domácnosti (0,75 hod týdně).

U klientů s lehkou demencí je zřejmá změna struktury úkonů – vzhledem k tomu, že se naštěstí často spolupodílí na péči o dementní klienty i rodinní příslušníci, tak je zde menší potřeba obědů - rodiny většinou přivážejí jídlo na víkend nebo si je berou k sobě domů. Podobně se rodiny starají o domácnost klienta (uklízejí a provádějí větší nákupy apod.), pracovníci PS zajišťují menší nákupy a pochůzky (léky apod.), zato značně stoupá podíl péče formou dohledů (více jak dvojnásobně oproti normálu), v oblasti osobní hygieny je situace většinou neměnná.

Markantnější změny jsou u klientů s postupující demencí – na rozdíl od klientů s lehkou demencí zde lze vysledovat vzrůst nesoběstačnosti, u obědů je většinou již nutné zajistit obědy během pracovního týdne (rodina obvykle zajistí pouze víkendy), rodiny se většinou snaží ještě zajistit větší nákupy, zato běžné nákupy přes týden již z valné části zajišťují pracovníci PS. Vzhledem k postupující nemoci se čtyřnásobně oproti normálu zvyšuje potřeba dohledů (pracovníci PS již kontrolují klienta minimálně 2x denně, aby se předešlo nehodám apod.). Rovněž vzhledem ke zhoršení koordinace, stavům zmatenosti apod. se mírně zvyšuje i potřeba pomoci při hygieně apod.

3.7.4.3 Stav péče o klienty v terénu – více úkonů

U klientů v terénu je péče o klienty ve špatném zdravotním stavu velmi náročná, na daném okrsku většinou v terénu působí dvojice pracovníků přímé péče s automobilem, kteří mají na starosti značný počet klientů. Z toho vyplývají pouze kratší časové úseky, které mohou strávit u jednotlivých klientů. V podstatě lze konstatovat, že primární u terénní péče je zajistit ty nejnutnější úkony (osobní hygienu, nejnutnější nákupy a pochůzky - potraviny, léky), jakákoli náročnější péče z časového hlediska značně narušuje časový plán péče (např. v době obědů je nutno dát oběd pěti klientům, přičemž by všechny obědy měli být podány mezi cca jedenáctou

až třináctou hodinou, což znamená, že na každého vychází i s přejezdy max. ½ hodiny, přičemž ve stejné době druhá pečovatelka např. jinde uklízí nebo nakupuje apod. Z toho viditelně vyplývá, že jen velmi těžce lze pokrýt dlouhodobou péčí u některého z klientů, představa toho, že by některá z dvou terénních pracovníků strávila u klienta řekněme tři až čtyři hodiny denně je naprosto nereálná, protože by ve stejné době mohla pečovat o dalších pět klientů.

Zásadní informací je, že každá z terénních pracovníků má na starosti cca 20 - 25 klientů, přičemž většina z nich má minimálně od den péče.

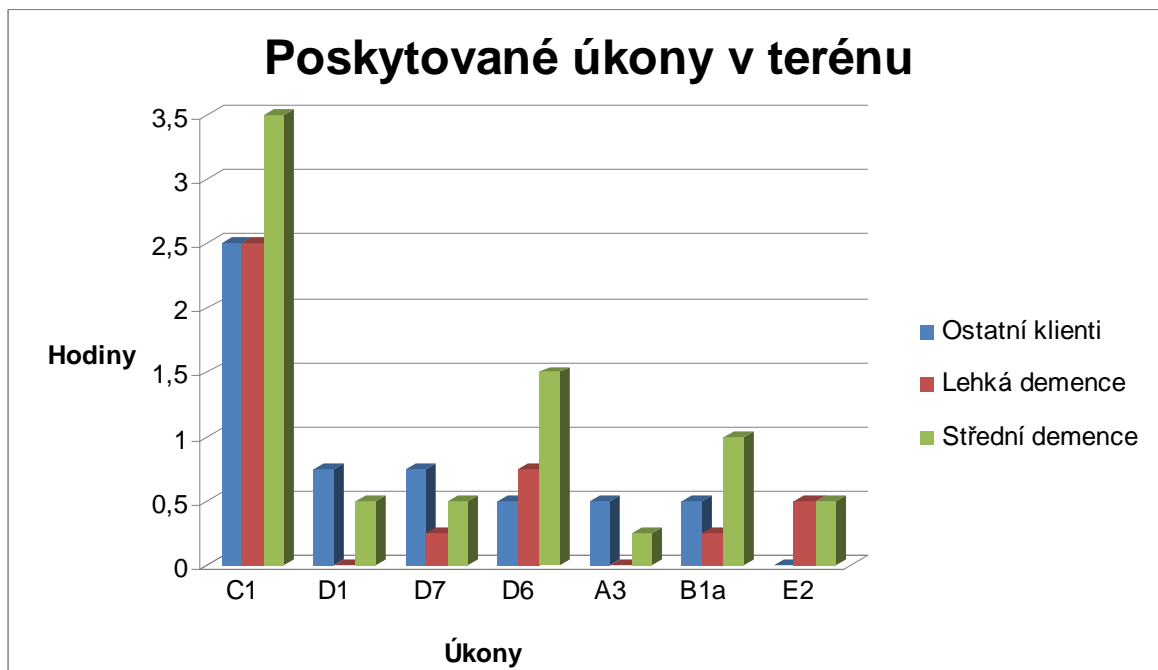
Četnost poskytovaných úkonů – u klientů s lehkou demencí je nejčastěji poskytován úkon Běžné nákupy a pochůzky. Tyto nákupy a pochůzky se provádějí v pravidelných termínech, obvykle 3x týdně (v pondělí, středu a pátek). Velmi častý úkon je i doprovázení dospělých (úkon E2), ve kterém je zahrnuta aktivizace klienta formou procházek po okolí. Ostatní úkony se provádějí spíše příležitostně dle potřeby klienta.

U klientů ve střední fázi demence je kromě pravidelnějších dohledů (prováděných minimálně 5x týdně po ¼ hod.), potřeba zajistit výrazněji dostatečnou hygienu u klienta formou koupání (minimálně 1x týdně, v letním období častěji), rovněž roste nutnost pravidelnějšího úklidu domácností a v neposlední řadě přicházejí ke slovu i oblíbené procházky po okolí (doprovázení dospělých).

Zásadní rozdíl v poskytované péči oproti ostatním klientům je tedy ve struktuře poskytovaných úkonů. Především je zde úkon Doprovázení dospělých, který se jinak u ostatních klientů vyskytuje minimálně (procházky s klienty se provádějí v rámci DPS minimálně – zajišťuje rodina) a současně se zde projevuje stále relativně dobrý fyzický stav nemocných s demencí. Dále je znatelné malé zastoupení Velkých nákupů, klientům většinou zajistí tyto nákupy rodina případně sousedé.

Nejčastěji poskytovanými úkony v rámci péče o ostatní klienty (kteří netrpí některou z forem demence) v terénu jsou: Dovož a donáška oběda, velký nákup (nákupy při hmotnosti nad 10 kg), běžný úklid a údržba domácnosti, a až poté následují úkony pomoci při úkonech osobní hygieny a další.

Pro přehlednost je zde uveden graf nejčastějších úkonů PS u klientů v terénu:



Pozn. – celková menší dotace hodin u úkonů je dána specifičností péče v terénu, kdy jednotliví klienti jsou denně navštěvováni max. v rozsahu 1,5 hodin denně. O skupinu těchto terénních klientů pečují v rámci jednoho okrsku pouze dvě pečovatelky, které mají k dispozici služební vozidlo.

Vysvětlivky zkratk úkonů: C1 - Dovoz nebo donáška jídla, D1 - Běžný úklid a údržba domácností, D7 - Velký nákup, D6 - Běžné nákupy, pochůzky, A3 - Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu, B1a - Pomoc při úkonech osobní hygieny v domácnosti, E2 – Doprovázení dospělých

3.7.4.4 Stav péče o klienty s demencí v terénu

Jak již bylo zmíněno výše, klienti, i přes to, že trpí vážnou chorobou, nevyužívají služeb PS kromě dovozu jídla. U takových klientů je aktuálně dbáno na to, aby jakoukoli výraznější změnu zdravotního stavu pracovníci zajišťující rozvoz obědů neprodleně hlásili vedoucí daného okrsku, která kontaktuje rodinu (pokud nějaká je) anebo ošetřujícího lékaře, aby byla zajištěna adekvátní péče o klienta (v tomto případě hlavně zdravotnická péče). Dalším důležitým úkolem pracovníků zajišťujících rozvoz obědu je snah o co nejčastější kontakt s tím, aby opakovaně nabízeli pomoc formou rozšíření péče, aby mohlo být o klienta postaráno.

Pouze v případě, že klient projeví zájem o rozšíření péče, lze zajistit větší rozsah péče o klienta.

V příloze č.4 jsou uvedeny krátké kasuistiky klientů, kteří trpí některou z forem syndromu demence.

3.7.4.5 Ověření předpokladů

Předpoklad č.1. – Lze předpokládat, že péče poskytovaná klientům trpícím některou z forem demence, je odlišná od péče poskytované dalším klientům pečovatelské služby.

Tento předpoklad se podařilo na základě získaných dat potvrdit. Struktura a četnost úkonů je odlišná v případě péče o klienty se syndromem demence a o ostatní klienty.

- U klientů s demencí, kteří bydlí v DPS, je nejmarkantnější rozdíl v četnosti úkonů pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu (zde je rozdíl více jak 4,5 násobný u klientů s pokročilou demencí a dvojnásobný u klientů se začínající demencí oproti ostatním klientům bez demence). Rovněž je oproti standardním klientům výrazně početnější zastoupení úkonů běžné nákupy a pochůzky (v tomto případě je četnost tohoto úkonu u klienta s pokročilou demencí dvojnásobná a u klienta se začínající demencí činí jeden a půl násobná než péče u běžného klienta). Naproti tomu je u klientů se syndromem demence menší výskyt úkonů běžný úklid a údržba domácnosti (u klientů se střední demencí téměř o polovinu méně a v případě lehké demence dokonce o více jak dvakrát méně).
- U klientů bydlících v terénu nejvýraznější výskyt úkonu doprovázení dospělých, který je speciálně využíván u klientů s demencí. Oproti ostatním klientům je zde větší poměr běžných nákupů, v případě klientů se střední demencí je dvojnásobný, u klientů s lehkou nebo začínající demencí je větší o polovinu. Naproti tomu u klientů v terénu, kteří trpí lehkou demencí, se neposkytuje úkon běžný úklid domácnosti, a i u osob se střední demencí je množství úkonů úklidu stále menší než u ostatních klientů.

Předpoklad č.2. – Také lze předpokládat, že existují rozdíly v poskytování péče o klienty se syndromem demence v domech s pečovatelskou službou a v terénní péči.

Tento předpoklad byl potvrzen. V poskytování péče mezi klienty v DPS a terénu je rozdíl rozsahu péče z hlediska času, tak i celkové schopnosti se adekvátně o klienta postarat.

- je nutné konstatovat, že rozdíly v poskytování péče o klienty v terénu a klienty v DPS existují. U klientů v terénu je zásadním důvodem rozdílnosti péče omezená pracovní doba, kdy jsou klienti navštěvováni, tedy v pracovní den od 7:00 do 15:30 hod.

Například kromě dovozu obědů o víkendu nemůže být o tyto klienty pečováno. Rovněž jakákoli péče po patnácté hodině ve všední den je prakticky nemožná.

- Dalším velice důležitým faktorem je i celková časová dotace, potřebná k zajištění péče o klienta. Zatímco u klientů v DPS lze zajistit péči v rozsahu i několik hodin denně, tak u klientů v terénu, vzhledem k tomu, že na danou část terénu připadají pouze dvě pečovatelky, tak mohou být u klienta pouze omezenou dobu (obvykle max. 1,5 hodiny denně – a to pouze u těch nejnáročnějších klientů). Tato situace je dána počtem pracovníků v rámci DPS (obvykle je na každém pracovišti mezi 2-3 pečovatelkami, někdy i více), zatímco v terénu pracují vždy max. dvojice pracovníků přímé péče.
- O klienty v terénu, kteří vyžadují komplexnější a dlouhodobě náročnou péči, se pečovatelská služba v současné době nedokáže lépe postarat, a to z provozně ekonomických důvodů organizace (nedostatek financí na nové pracovníky a navíc časová náročnost péče o klienty hraničí s osobní asistencí – přesuny pracovníků mezi klienty v terénu apod.). V některých případech se rodiny snaží uspořít finance tím, že se o klienta starají sami i přesto, že jejich péče nedosahuje takové úrovně jako profesionální péče od pracovníků pečovatelské služby.
- Lze konstatovat, že u klientů s demencí, kteří bydlí v DPS, je péče primárně zaměřena na dohledy (forma prevence) a aktivizaci klientů (snaha o co nejdelší zachování současného stavu), teprve s postupující chorobou se přidávají další úkony, jako je pomoc při osobní hygieně apod.
- U klientů s demencí, kteří bydlí v terénu, je péče primárně zaměřena na aktivizaci (formou procházek po okolí, případně četba atd.), další důležitou péčí je zajištění drobných nákupů, vyzvedávání léků a relativní udržení dostatečné komunikace s okolím, formou spolupráce se sousedy apod.
- V případě, kdy nemoc výrazně postupuje a klienti (v DPS i terénu), se dostávají na hranici středního stádia choroby a nemoc se navíc dál zhoršuje, již většinou není v silách pracovníků pečovatelské služby plnohodnotně zajistit adekvátní péči. V tomto případě, pokud péči nedokáže zajistit ani rodina, je nutné umístění ve specializovaném oddělení některého z domovů seniorů.

4 ZÁVĚR

V této práci bylo cílem zjistit, jakou formou lze pečovat o klienty pečovatelské služby, kteří trpí některou z forem syndromu demence. Současně bylo cílem zjistit, zda se tato péče odlišuje od péče, poskytované ostatním klientům pečovatelské služby.

Na základě provedeného průzkumu lze uvést:

- péče o klienty v DPS je zajištěna v dostatečné míře, která je potřebná pro co nejdelší stabilizaci jejich zdravotního stavu. Péče je zaměřena na dohledy (prevence a aktuální pomoc při stavech zmatenosti apod.) a aktivizaci klientů (formou hraní her, pomoci při návštěvách klubů seniorů atd.). Velkou výhodou je rovněž to, že na dvou okresech PS je instalován kamerový chodbový systém, díky němuž se dá předejít případnému odchodu klientů, kteří mají tendenci bloudit apod.
- péče o klienty v terénu je zaměřena na podporu aktivního pohybu (pouze za dobrého počasí) a aktivizaci formou povídání, četby apod. Bohužel, vzhledem k vytíženosti pracovníků, nelze zajisti potřebnou péči v dostatečném hodinovém rozsahu (péče o rozsahu cca 1,5 hodiny denně je u klientů s demencí většinou nedostatečná). Ještě závažnějším nedostatkem je absence péče v odpoledních a večerních hodinách a také o víkendech (vyjma dovážky obědů).

Odlišnosti péče:

- u klientů v DPS je výrazný rozdíl ve formě poskytované péče, u ostatních klientů je převážně poskytována péče formou dovozu obědů, úklidu domácností, nákupů a zajištění osobní hygieny formou koupaní atd. U klientů s demencí je péče zaměřena na dohledy a aktivizaci (formou individuálního plánování nebo pochůzek). U postupující nemoci se pak výrazně zvyšuje péče právě formou dohledů, také vzrůstá potřeba pomoci při udržování osobní hygieny atd.
- u klientů v terénu je situace poněkud jiná, prvotní omezení je dáno nedostatkem času, který je možno věnovat jednotlivým klientům. Zde je péče primárně zaměřena na aktivizaci klientů (procházky po okolí, snaha o komunikaci, čtení apod.) a následně pochůzky (drobné nákupy, pořízení léků atd.). U ostatních klientů v terénu je nejvíce péče prováděno formou velkých nákupů, úklidu domácnosti, pomoci při prostorové orientaci atd.

Zjištěné problémy:

- jak se ukázalo v průběhu průzkumu, existuje velká skupina klientů PS, o kterých organizace nemá dostatek informací, a proto nedokáže pro ně dostatečně zajistit péči. Jedná se o klienty v terénu, kteří odebírají pouze úkon dovoz a donáška obědu. Tito klienti v mnoha případech přicházejí do kontaktu s pracovníky jen minimálně (obvykle jedenkrát za měsíc, jinak je nelze kontaktovat). U těchto klientů hrozí, že při náhlém zhoršení zdravotního stavu anebo, pokud není dán dostatečný důraz na sledování příznaků demence, může dojít k rychlému rozvoji této nemoci, aniž by to kdo zaznamenal.
- u klientů v terénu, u kterých je diagnostikována začínající demence je pro změnu vzhledem k velkému vytížení pracovníků přímé péče dosti obtížné zajistit dostatečnou péči. V případě, že není v možnostech organizace dostatečně pokrýt potřeby klienta, a současně se nedokáže rodina o klienta postarat, je obvykle kontaktována jiná organizace poskytující sociální služby, aby se podílela na péči.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Péče o klienty trpící některou z forem demence je jedním z nejnáročnějších úkolů pracovníků pečovatelské služby, a to jak v rámci domů s pečovatelskou službou, tak i v terénu. Při poskytování péče klientům s demencí je nutno nabídnout klientům individuální a plně profesionální péči, která má zajistit pokud možno maximální spokojenost klienta. Při tom musí být brán na zřetel specifickou a současně různorodou povahu onemocnění syndromem demence. V péči o klienty, kteří trpí některou z forem demence je zvláštní důraz je kladen na co největší stabilitu péče (pokud je to možné – chodí stejná pečovatelka v podobnou dobu apod.).

Na základě provedeného průzkumu byla navržena toto opatření:

A) Oblast prevence

- 1) U obyvatel DPS - vzhledem k velkému množství klientů, kteří trpí syndromem demence je nutno dbát na důkladné proškolení pracovníků přímé péče ohledně rozpoznání začínající demence, stejně tak i školení o průběhu těchto chorob a také, jak se správně k nemocným chovat.

- 2) U klientů v terénu – zvýšit pozornost k správné a včasné identifikaci projevů začínající demence, aby bylo možno včas kontaktovat ošetřujícího lékaře a mohlo by být provedeno speciální vyšetření na kognitivní poruchy.

B) Oblast péče u obyvatel DPS

- 1) U obyvatel v DPS se začínající demencí je nutno se zaměřit na intenzivní komunikaci, aktivizaci a co nejširší sociální kontakt s okolím, a to za pomoci rodiny, pracovníků organizace Kontakt apod. Současně zajistit maximálně možnou spolupráci s ošetřujícím lékařem.
- 2) U obyvatel, kteří trpí pokročilou formou demence, je nutno zajistit hlavně bezpečnost klienta samotného (prevence bloudění apod.), velmi důležité je v případě, že se o tohoto člověka nedokáže postarat rodina, zajistit, aby nedošlo k situaci, kdy nebude placen dlouhodobě nájem a další nutné výdaje (zapomene platit složenky, SIPO apod.). Mohlo by dojít k vystěhování anebo k dalším závažným skutečnostem. V případě, kdy dojde k této situaci, je nutno řešit tuto situaci, např. formou ustanovení zvláštního příjemce důchodu a příspěvků na péči. Tento zvláštní příjemce (sociální pracovník PS nebo rodinný příslušník) zajistí řádné placení veškerých nutných výdajů, aby nehrozila možnost ztráty bytu, exekučního řízení apod. Toto rozhodnutí se vydává na základě § 20 a § 118 zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách.
- 3) U klientů, kteří mají tendenci opouštět DPS a bloudit po okolí, je nutno realizovat systém České alzheimerovské společnosti „Bezpečný návrat“, kdy klient má speciální náramek s kódem a telefonním číslem, na které když zavolá, tak budou kontaktováni příbuzní a ztracený jedinec bude odvezen zpět do domu. Současně s tím je nutno zavést chodbový kamerový systém i na poslední budovy DPS v okrsku Krejčího, aby se za pomoci kamer dal snadno vyhledat bloudící klient (již v minulosti se stalo, že klient odešel z bytu v noci a ráno jej našli spát na chodbě).

C) Oblast péče u klientů v terénu

- 1) V první řadě je nutno zajistit adekvátní spolupráci s rodinou klientů, aby se dařilo maximálně zajistit co nejplynulejší a nejkompexnější péči o klienta, a to jak za pomoci pracovníků PS, rodinných příslušníků tak i dalších organizací, jako je např. terénní ošetrovatelská péče zajišťovaná Oddělením domácí péče (terénní zdravotní sestry z krajské nemocnice).
- 2) U klientů, kteří odebírají pouze úkon dovoz a donáška jídla je nutno intenzivněji sledovat jejich celkový stav, u podezření, že se stav klienta zhoršuje, zajistit co nejdříve provedení sociálního šetření, tak aby vedoucí okrsku nebo sociální pracovník

zjistili co nejvíce informací o stavu klienta a případně zajistili adekvátní rozšíření péče nebo potřebnou zdravotní péči.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4

HÖSCHL, C. et al.: *Alzheimerova choroba. K vydání připravil J. Hořejší*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999; 96 s. - Edice Symposium sv. 1. ISBN 80-7262-025-8.

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., *Reminiscence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3

JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK F., JIRÁK R., *Alzheimerova nemoc a další demence*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

STUART-HAMILTON, Ian.: *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha, Portál 1999, 319 s. ISBN: 80-71782-74-2.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., STEINOVÁ, D. *Trénování paměti – metodická příručka*. 1. vyd. Praha, Psychiatrické centrum Praha 2009, 95 s. ISBN: 97-88-08714-20-80

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Liberec, TUL – skriptum, 2003, 98 s. ISBN 80-7083-729-2

Periodika:

BARTOŠ, A., ŘÍPOVÁ, D. Pokroky v diagnostice Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*, leden-únor 2007, roč. 8, č. 1, s. 17–21.

MAREŠ, J., URBÁNEK, K., HERZIG, R. Nová varianta Creutzfeldt-Jakobovy nemoci. *Neurologie pro praxi*, leden-únor 2003, roč. 4, č. 1, s. 30-34.

REKTOROVÁ, Irena. Frontotemporální lobární degenerace – diagnóza z neuro-psychiatrického pomezí. *Neurologie pro praxi*, červenec-srpen 2006, roč. 7, č. 4, s. 199-202.

RESSNER, Pavel, a kol. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí. *Neurologie pro praxi*, červenec-srpen 2009, roč. 10, č. 4, s. 237-241.

RUSINA, R., MATĚJ, R., Vaskulární demence. *Neurologie pro praxi*, červenec-srpen 2009, roč. 10, č. 4, s. 250-253

Internet:

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 [online]

URL: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html

[poslední úpravy 17.12.2008]

[cit. 2010-11-12]

Webové stránky firmy Petr Zajíc Software - program Pečovatelská služba [online]

URL: <http://www.xzajic.cz/87/>

[poslední úpravy 1.10.2010]

[cit. 2010-9-10]

Ostatní:

HOLMEROVÁ I., a kol., *Alzheimerova choroba v rodině – příručka*, 1.vyd. Brno: Grifart, 2004. 98s.

JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J., *Demence – doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné a praktické lékaře*. 1.vyd. Praha, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP 2007, 11 s. ISBN 80-86998-XX-X

ZAHUMENSKÝ, D., MAREČKOVÁ, J., *Legislativní ochrana práv pacientů*. 1. vyd. Brno, Zpráva společnosti Liga lidských práv 2008, 28 s.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, *Strategie P-PA-IA, podpora a péče lidem postiženým syndromem demence*. 1. vyd. Praha, ČALS 2010. 11 s.

7 SEZNAM PŘÍLOH

- 1) Test ACE-R, DAD-CZ a FAQ-CZ
- 2) Ceník úkonů pečovatelské služby
- 3) Test MMSE
- 4) Krátké kazuistiky dle jednotlivých typů demence

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Datum vyšetření	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>		
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	Lateralita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	Jaké je roční období?	<input type="text"/>	Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>
Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	Jak se jmenuje budova, ve které jsme?	<input type="text"/>	V jakém jsme kraji?	<input type="text"/>
Který máme nyní měsíc?	<input type="text"/>	V kolikátém jsme poschodí?	<input type="text"/>	V jaké jsme zemi?	<input type="text"/>
Který máme nyní rok?	<input type="text"/>				

(Skóre 0–10)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:

jablko klíč balón

■ Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:

„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“

Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (příčemž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).

Za každé správné zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod. Počet opakování

(Skóre 0–3)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

3. POZORNOST A POČTY

■ Požádejte pacienta:

„Nyní odečtěte číslo 7 od čísla 100“:

100 A | 93 T | 86 S | 79 E | 72 C | 65

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×). Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).

Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.

■ Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:

„Hláskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta: „Hláskujte slovo CESTA pozpátku.“

Za každé správné písmeno přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–5)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

■ Zeptejte se pacienta:

„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“

jablko klíč balón

Za každé správně vybavené slovo přidělíme 1 bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.

(Skóre 0–3)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“

Do bodování započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–7)

<input type="text"/>
ACE

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sadová ulice 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hostěnice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liberec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

POZORNOST A ORIENTACE

PAMĚŤ

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)

ACE

PAMĚŤ

7. VERBÁLNÍ FLUENCE – slova začínající písmenem „P“ a zvířata

7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte nyní jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Počet slov Odpovídá
skóre

>17 7

14–17 6

11–13 5

8–10 4

6–7 3

4–5 2

2–3 1

<2 0

(Skóre 0–7)

ACE

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	9	17	25
2	10	18	26
3	11	19	27
4	12	20	28
5	13	21	29
6	14	22	30
7	15	23	31
8	16	24	32

Počet slov Odpovídá
skóre

>21 7

17–21 6

14–16 5

11–13 4

9–10 3

7–8 2

5–6 1

<5 0

(Skóre 0–7)

ACE

VERBÁLNÍ FLUENCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ na Listu pro pacienta a požádejte ho/ji:

„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“

Přidělíme 1 bod za správné vykonání příkazu.

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

- 8b Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:

„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl.“

Položte ho na zem.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku.

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

JAZYK

9. JAZYK – PSANÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a je logicky koherentní.

(Skóre 0–1)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

10a **nosorožec** **výstřednost** **nesrozumitelný** **statistik**

Hodnotíme:

2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně

1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně

0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov

(Skóre 0–2)

<input type="text"/>
ACE

10b „Více než, naopak a podobně.“

(Skóre 0–1)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

10c „Ne jestliže, pokud nebo ale.“

Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.

(Skóre 0–1)

<input type="text"/>
ACE

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný předmět.

tužka + hodinky
(Skóre 0–2)

<input type="text"/>
MMSE

všech 12 obrázků
(Skóre 0–12)

<input type="text"/>
ACE

JAZYK

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

<input type="text"/>
ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní přečtěte následující slova.“

Použijte List pro pacienta.

šít litr saze těsto výška

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.

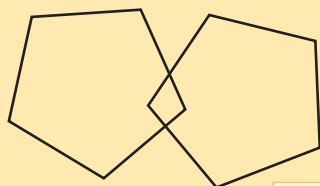
(Skóre 0–1)

<input type="text"/>
ACE

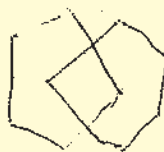
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

- Požádejte pacienta: „**Překreslete následující dvourozměrný obrázek.**“
U pětiúhelníků by mělo být jasné rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení.
Použijte List pro pacienta.



Příklad:
Správně = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



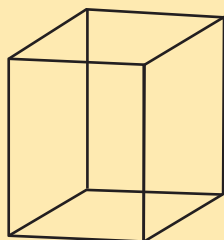
(Skóre 0–1)

ACE

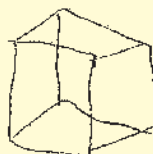
MMSE

14b Kostka

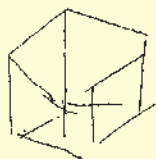
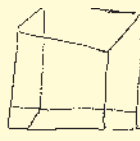
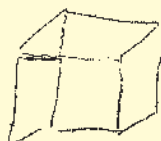
- Požádejte pacienta: „**Nyní překreslete daný trojrozměrný obrázek.**“
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh. Použijte List pro pacienta.



Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

ACE

14c Hodiny

- Požádejte pacienta: „**Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.**“

Doplňující instrukce pro skórování naleznete na str. 6.

Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



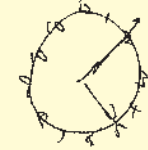
Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice nejsou umístěné v kruhu, 2× číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).

Skóre 5



(Skóre 0–5)

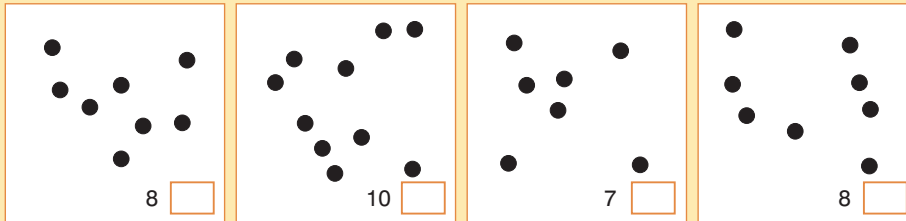
ACE

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta:
„Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“
 Použijte List pro pacienta.
 Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(Skóre 0–4)

ACE

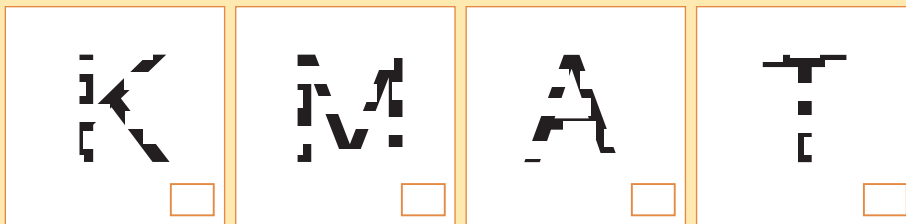


16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: **„Přečtěte následující písmena.“**
 Použijte List pro pacienta.
 Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0–4)

ACE



17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚŤOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi:
„Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“
 Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

(Skóre 0–7)

ACE

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>
Sadová	<input type="checkbox"/>	ulice	<input type="checkbox"/>
Hostěnice	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>		

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 bodů. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky.

(Skóre 0–5)

ACE

- Pacientovi řekněte:
„Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“

Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Plzeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

CELKOVÉ SKÓRE					
ACE-R		/100	MMSE		/30

SUBSKÓRE			
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3		/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18		/26
Verbální fluence	úloha č. 7a, 7b		/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13		/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16		/16

SKÓRE

Normativní hodnoty jsou stanoveny na souboru dementních pacientů ve věku 46–86 let a kontrolní skupině ve věku 52–75 let.

VÝZNAM TESTU aneb Co jsme testem zjistili?

I. Význam testu pro záchyt syndromu demence

Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.
(Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

II. Význam pro odlišení Alzheimerovy choroby (ACH) a frontotemporální demence (FTD)

Pro výpočet poměru použijeme výsledky dosažené v uvedených oblastech – viz subskóre, přičemž za paměť dosadíme pouze skóre získané v úloze č. 17 (vybavení – recall).

(nezvládají pacienti s FTD)					
POMĚR	Verbální fluence (viz subskóre)	<input type="text"/>	+ Jazyk (viz subskóre)	<input type="text"/>	= <input type="text"/> Jestliže < 2.2 = FTD Jestliže > 3.2 = ACH
	Orientace (viz subskóre)	<input type="text"/>	+ Paměť (pouze úloha č. 17)	<input type="text"/>	
(nezvládají pacienti s ACH)					

III. Demence s Lewyho tělísky

Pacienti trpící demencí s Lewyho tělísky často selhávají ve zrakově-prostorových schopnostech (úlohy 14a–c, 15, 16).

IV. Vaskulární demence

Typický je vícečetný různě vyjádřený defekt ve všech úlohách.

Doplňující pravidla pro skórování hodin (úloha 14c, str. 4)

Hodnotíme bodově odděleně provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček.

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěny

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěny, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

INSTRUKCE

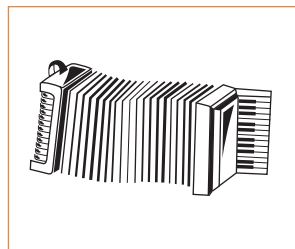
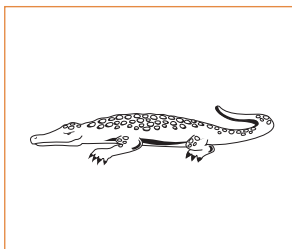
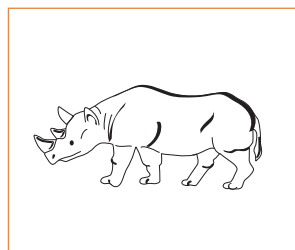
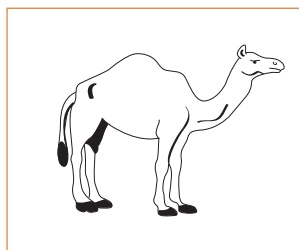
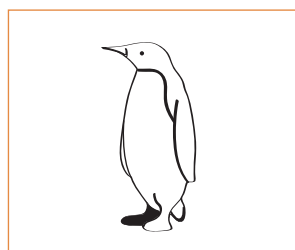
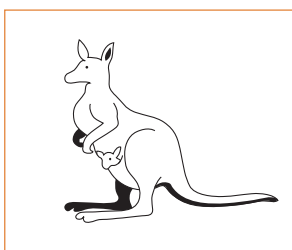
List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.

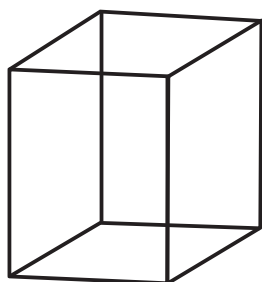
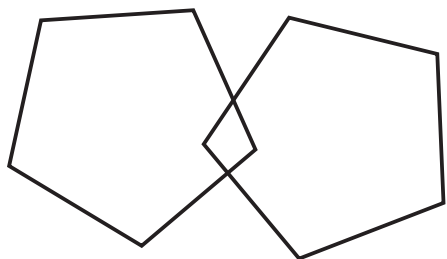


13.

šít litr těsto
saze výška

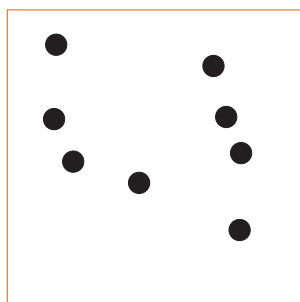
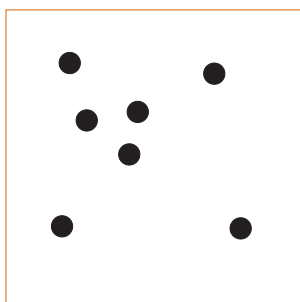
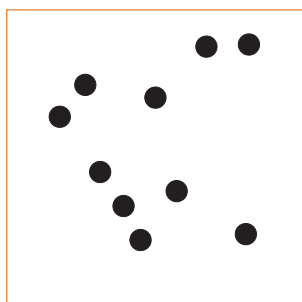
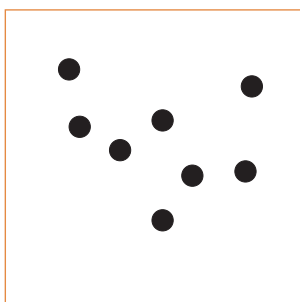
JAZYK

14.

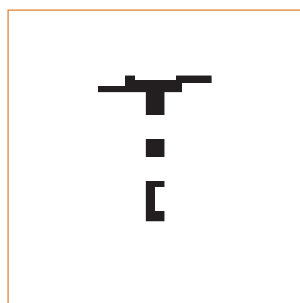
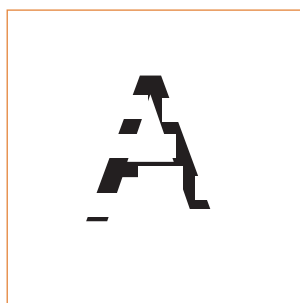
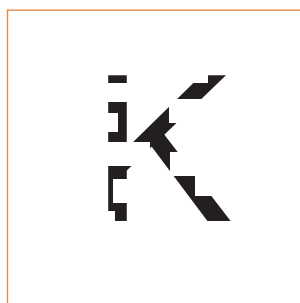


Hodiny

15.



16.



DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI (DAD-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému:

Datum vyplnění: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě. Obsahuje 40 položek a je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s poruchami paměti a dalších duševních schopností.

Dotazník se týká stavu vyšetřovaného **za poslední 2 týdny**. Nebere se v úvahu to, co by posuzovaný byl schopen vykonat, ale **pouze to, co skutečně vykonal**. Hodnotí se takto:

- **ANO („1“)** označte, pokud posuzovaný během posledních dvou týdnů danou aktivitu **provedl bez pomoci a bez připomenutí** alespoň jednou.
- **NE („0“)** označte, pokud posuzovaný aktivitu **za poslední 2 týdny nevykonal vůbec, nebo ji vykonal jen s pomocí či připomenutím**.
- **NELZE URČIT („X“)** označte, pokud posuzovaný aktivitu **nevykonával ani před začátkem potíží s pamětí** nebo v posledních 2 týdnech aktivitu **neměl příležitost vykonávat** nebo pokud **aktivitu nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním** (například kloubní potíže, po zlomenině končetiny).

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti?

V každém řádku zakroužkujte **1** = ANO, **0** = NE nebo **X** = NELZE URČIT

Hygiena	ANO	NE	X
1. Pokusil/a se umýt nebo vykoupat či osprchovat	1	0	X
2. Pokusil/a se vyčistit si zuby nebo pečovat o svůj umělý chrup	1	0	X
3. Rozhodl/a se pečovat si o vlasy (umýt a učesat)	1	0	X
4. Připravil/a si vodu, ručníky a mýdlo na mytí, koupání nebo sprchování	1	0	X
5. Spolehlivě si umyl/a a osušil/a všechny části svého těla	1	0	X
6. Správně si vyčistil/a zuby nebo pečoval/a o svůj umělý chrup	1	0	X
7. Pečoval/a si o vlasy (umytí a učesání)	1	0	X
Oblékání			
8. Pokusil/a se obléknout	1	0	X
9. Vybral/a si vhodné oblečení (s ohledem na příležitost, upravenost, počasí a barevnou kombinaci)	1	0	X
10. Oblékl/a se ve správném pořadí (spodní prádlo – kalhoty/šaty – boty)	1	0	X
11. Úplně se oblékl/a	1	0	X
12. Úplně se svlékl/a	1	0	X
Kontinence (udržení moči a stolice)			
13. Rozhodl/a se použít toaletu ve správný čas	1	0	X
14. Použil/a toaletu bez "nehod"	1	0	X
Jedení			
15. Rozhodl/a se, že se potřebuje najíst	1	0	X
16. Při jídle zvolil/a vhodné příbory a chuťové přísady	1	0	X
17. Konzumoval/a své jídlo normálním tempem a přiměřenými způsoby	1	0	X

Pokračování na další straně

Mezisoučty (základní aktivity max. 17):

	0	
--	---	--

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti?

V každém řádku zakroužkujte **1** = ANO, **0** = NE nebo **X** = NELZE URČIT

Příprava jídla	ANO	NE	X
18. Pokusil/a se připravit si jednoduché jídlo nebo svačinu	1	0	X
19. Správně se přichystal/a na přípravu jednoduchého jídla (přísady, nádobí na vaření)	1	0	X
20. Spolehlivě připravil/a nebo uvařil/a jednoduché jídlo či svačinu	1	0	X
Telefonování			
21. Pokusil/a se ve vhodnou dobu někomu zatelefonovat	1	0	X
22. Správně si vyhledal/a a vytočil/a telefonní číslo	1	0	X
23. Uskutečnil/a přiměřený telefonický rozhovor	1	0	X
24. Správně zapsal/a a vyřídil/a telefonický vzkaz	1	0	X
Chození ven a pobyt venku			
25. Rozhodl/a se jít někam ven (na procházku, na návštěvu, do obchodu) ve vhodnou dobu	1	0	X
26. Správně si zorganizoval/a pobyt venku s ohledem na dopravu, klíče, cíl své cesty, počasí, potřebné peníze, nákupní seznam	1	0	X
27. Vypravil/a se ven a dosáhl/a známého cíle, aniž by se přitom ztratil/a	1	0	X
28. Spolehlivě použil/a přiměřený dopravní prostředek (auto, autobus, taxi)	1	0	X
29. Vrátil/a se z obchodu s odpovídajícím nákupem	1	0	X
Finance a korespondence			
30. Zajímal/a se o své osobní záležitosti jako jsou např. vlastní finance a korespondence	1	0	X
31. Zorganizoval/a své finance tak, aby mohl/a uhradit své složenky a účty	1	0	X
32. Při vyřizování své korespondence použil/a správně dopisní papír, adresu a známky	1	0	X
33. Správně zacházel/a se svou hotovostí (použít peníze v obchodě)	1	0	X
Léky			
34. Rozhodl/a se užít léky ve správnou dobu	1	0	X
35. Užil/a své léky podle předpisu (ve správném dávkování)	1	0	X
Volný čas a domácí práce			
36. Projevil/a zájem o aktivní využití volného času	1	0	X
37. Zajímal/a se o domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
38. Správně naplánoval/a a zorganizoval/a domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
39. Provedl/a domácí práce odpovídajícím způsobem, jak to dělával/a v minulosti	1	0	X
40. Když to bylo potřeba, bylo ho/ji bezpečné nechat doma samotného/samotnou	1	0	X

Mezisoučty (instrumentální a volnočasové aktivity max. 23):

	0	
--	---	--

ANO
sloupce
↓
součet ve
"X"
↓
počet

Tyto řádky jsou určeny pro potřeby hodnotitele:

Součet bodů (ve sloupci ANO) / počet jednoznačných odpovědí (40 – doplňte počet X)

mezivýpočet (podíl čísel z předchozího řádku)

DAD celkem v procentech (předchozí výsledek dělení vynásobit 100)

/ (40 -)
/ =
%



Překlad do češtiny a grafické zpracování: doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., Pavel Martínek. Zdroj české verze: Bartoš A, Martínek P a ost. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Neurol. pro praxi 2009; 10(5): 320–323 nebo www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum.

Původní zdroj: Gélinas I et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Dementia. Am J Occup Ther 1999; 53: 471–481.

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník: Datum vyplnění:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě.

V každém řádku ZAKROUŽKUJTE míru schopností posuzované osoby:	Vykonává sám správně	Provádí sám s potížemi	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a a měl/a by nyní potíže
1. Vyplnit složenky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1
2. Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1
3. Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1
4. Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	0	1	2	3	0	1
5. Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1
6. Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1
7. Sledovat současné události	0	1	2	3	0	1
8. Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1
Celková soběstačnost Sečteme body ve všech kategoriích. Výsledek lze přepočítat na procenta zachování aktivit denního života podle tabulky níže.	body	%			součet	součet

Převod bodů na procento soběstačnosti																														
body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
procenta	97	93	90	87	83	80	77	73	70	67	63	60	57	53	50	47	43	40	37	33	30	27	23	20	17	13	10	7	3	0



Překlad do češtiny: MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., Pavel Martínek. Zdroj české verze: Bartoš A, Martínek P, Bezdíček O, Buček A, Řípová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Psychiat. pro Praxi 2008; 1(9): 31–34 nebo www.pcp.if3.cuni.cz/adcentrum. Původní zdroj: Pfeffer RI et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol 37, 1982: 323–329. Copyright © The Gerontological Society of America. Překlad byl pořízen se svolením majitele práv. The Gerontological Society of America neručí za nepřesnosti, které se mohly objevit v překladu. Autoři i vydavatel souhlasí s pořízováním kopií.

CENÍK VÝŠE ÚHRAD ZA POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

schválený Radou města Liberec na 19. zasedání dne 18. 11. 2009

platný od 1. 12. 2009

(Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Ceník výše úhrad za poskytování pečovatelské služby			
Úkon	Maximální cena dle vyhlášky 505/2006 Sb. Kč za hodinu	Výše úhrady od 1. 12. 2009	
		Kč za 15 minut nebo udanou jednotku	Kč za hodinu
Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu			
Pomoc a podpora při podávání jídla a pití	100,-	25,-	100,-
Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	100,-	25,-	100,-
Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	100,-	25,-	100,-
Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	100,-	25,-	100,-
Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu			
Pomoc při úkonech osobní hygieny	100,-	25,-	100,-
Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	100,-	25,-	100,-
Pomoc při použití WC	100,-	25,-	100,-
Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy			
Dovoz nebo donáška jídla	20,-	20,- za dovážku	xx
Pomoc při přípravě jídla a pití	100,-	25,-	100,-
Příprava a podání jídla a pití	100,-	25,-	100,-
Pomoc při zajištění chodu domácnosti			
Běžný úklid a údržba domácnosti	100,-	25,-	100,-
Údržba domácích spotřebičů	100,-	25,-	100,-
Pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti	100,-	xx	100,-
Donáška vody	100,-	25,-	100,-
Topení v kamnech včetně donášky a přípravy paliva	100,-	25,-	100,-
Běžné nákupy a pochůzky	100,-	25,-	100,-
Velký nákup (týdenní, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti)	100,-	xx	100,-
Praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy	50,-/1 kg	50,-/1 kg	xx
Praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy	50,-/1 kg	50,-/1 kg	xx
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím			
Doprovod dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a zpět	100,-	25,-	100,-
Doprovod dospělých do zaměstnání, k lékaři, na úřady, instituce apod.	100,-	25,-	100,-

Ceník výše úhrad za poskytování odlehčovací služby	
Úkon	Výše úhrady od 1. 12. 2009 (Kč)
	za 1 den pobytu
Cena za denní pobyt - Domovinka Krejčího 1172/3 včetně oběda (65,- Kč), úkony pečovatelské služby hrazeny zvlášť (dle ceníku)	260,-
Pobyťová forma služby Borový vrch 1031 - Fialka nebo Burianova 969 - Růžovka (poskytnutí ubytování: 180,- Kč; celodenní strava: 150,- Kč; úkony 200,- Kč) maximálně 14 dnů - je-li volná kapacita, možno pobyt prodloužit	530,-

Ceník výše úhrad za poskytování fakultativních služeb	
Úkon	Výše úhrady od 1. 12. 2009 (Kč)
Pedikúra	120,-
Koupel s jemnou masáží (15 minut) - vana Parker v hygienickém středisku	80,-
Vířivková masáž dolních končetin (15 minut) - v hygienickém středisku	70,-
Vířivková masáž horních končetin (15 minut) - v hygienickém středisku	70,-
Masáž (15 minut) - poskytuje pracovník PS - relaxační	50,-
Kadeřnické služby - mytí hlavy	50,-
Kadeřnické služby - stříhání	70,-
Kadeřnické služby - foukání	70,-
Kadeřnické služby - vodová ondulace	70,-
Kadeřnické služby - barvení	200,-
Kadeřnické služby - trvalá	200,-
Kadeřnické služby - přípravky - šampon nebo lak nebo tužidlo apod.	10,-
Kadeřnické služby - přípravky - trvalá nebo barva apod.	100,-
Infrasauna (15 minut)	25,-
Drobné opravy v bytech klientů v DPS (15 minut)	25,-
Praní záclon (za 1 kg)	150,-
Použití pračky a sušičky prádla v DPS Krejčího (za 1 náplň)	50,-
Systém pro hlasovou komunikaci a volání v tísni - pro klienty bydlící v DPS (za 1 měsíc)	80,-

Ceník výše úhrad za půjčování kompenzačních pomůcek	
Úkon	Výše úhrady od 1. 12. 2009 (Kč)
Kompenzační pomůcka (dle aktuální nabídky)	20,-/započatý týden
Jednorázová doprava kompenzační pomůcky mimo DPS	50,-

Ceník výše úhrad pečovatelské služby obce, která má uzavřenou smlouvu o poskytování sociálních služeb pro své občany s CZaSP	
Úkon	Výše úhrady od 1. 12. 2009 (Kč)
Úkon	40,-/15 min, 160,-/ hod
Denní pobyt v Domovince	320,-
Praní prádla	20,-
Pedikúra	80,-

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí

JMÉNO
PACIENTA:

ROK
NAROZENÍ:

Po celou dobu vyšetřování zachovejte neutrální postoj, nepomáhejte, nenaznačujte a dodržujte přesně pokyny k jednotlivým úkolům. Zapište 1 bod při správné odpovědi a 0 při chybě. K testování si připravte hodinky, tužku a list papíru.

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
měsíc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.

Doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko.

1. Který je dnes den v týdnu?

2. Kolikátého je dnes?

3. Který je měsíc?

4. Který je rok?

5. Které je roční období?

6. Ve kterém státě se nacházíme?

7. Ve kterém jsme městě?

8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?

9. Jak se jmenuje tato nemocnice?

10. Na kterém poschodí se nacházíme?

2. Zapamatování

Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 5x, než se je naučí. Jinak bude zkeslen výsledek položky výbavnost (4.).

Započítejte 1 bod za každé správné opakované slovo pouze při prvním opakování.

Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť?

Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mě opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.

Lze využít druhou alternativní trojici slov, pokud je použití první sady z jakéhokoli důvodu nevhodné. Její použití si pro budoucí účely poznamenejte písmenem „a“ (alternativní) nad čtverečky.

„a“

(klíč) lopata

(auto) šátek

(člověk) váza

3. Pozornost a počítání

Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5x za sebou.

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body.

Nyní odečítejte od čísla 100

opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.

Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

„AZ“ verze

M

93

R

86

K

79

O

72

P

65

4. Výbavnost

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

Na pořadí slov nezáleží.

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.

(klíč) lopata

(auto) šátek

(člověk) váza

1 2 3 4 5 6 7 8

5. Pojmenování předmětu
Za správnou odpověď započtete 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky

Ukažte tužku

Co je to? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Co je to? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. Opakování

Přípustný je pouze 1 pokus.

Za správnou odpověď započtete 1 bod.

Opakujte po mně:

„Prostě tak a ne jinak.“

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
7. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:

Za každou správně provedenou činnost započtete 1 bod.

Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět.

Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.

Pravá ruka ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Přeložení ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Položení ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
8. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.

Započtete 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte.

Přečtete tento pokyn a provedte ho.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
9. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k napsání věty.

Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

Napište do tohoto řádku jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. Obkreslení obrazce

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k obkreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí.

Započtete 1 bod, jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a 2 překřížení.

Obkreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Testová verze byla vytvořena ve spolupráci s Doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. z AD Centra (Psychiatrické centrum Praha a UK 3. LF, Neurologická klinika, Praha), 2010

Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4, tel.: 225 775 111; fax: 225 775 222, www.novartis.com

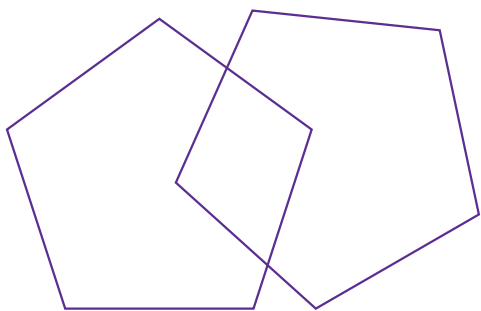
Celkem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ZAVŘETE OČI!

Číslo vyšetření

9.

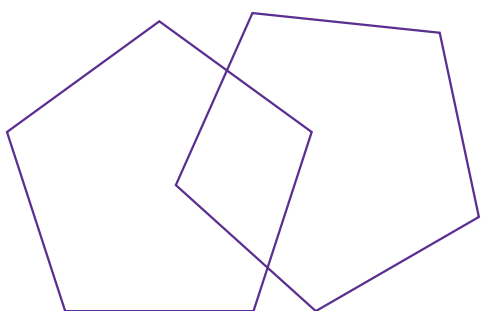
10.



Číslo vyšetření

9.

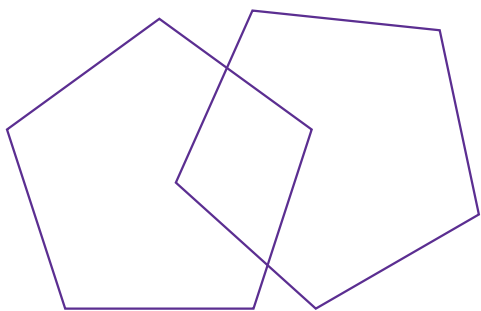
10.



Číslo vyšetření

9.

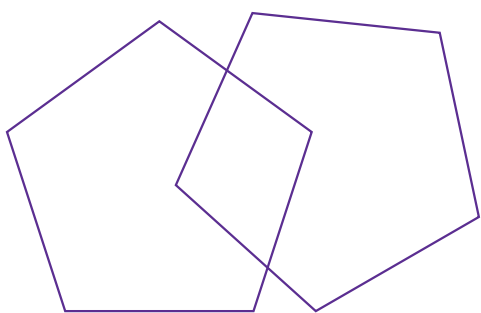
10.



Číslo vyšetření

9.

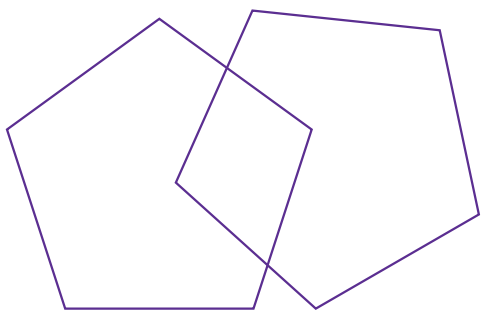
10.



Číslo vyšetření

9.

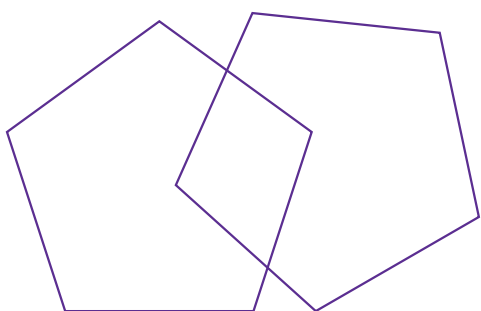
10.



Číslo vyšetření

9.

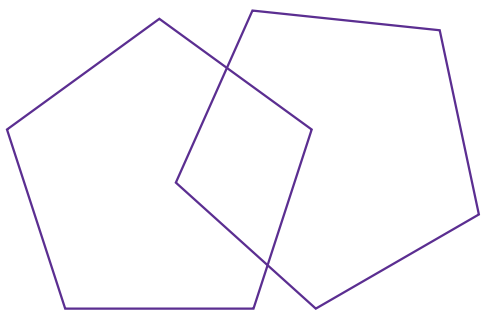
10.



Číslo vyšetření

9.

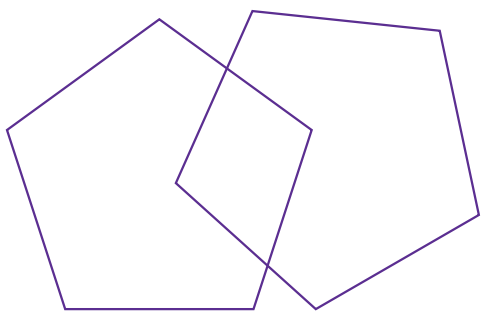
10.



Číslo vyšetření

9.

10.



Příloha č.4

Krátké kasuistiky klientů PS dle jednotlivých typů demence

Demence Alzheimerova typu:

Klientka bydlící v DPS, 76 let,

S. A.: bezdětná, středoškolské vzdělání, pracovala jako účetní

Z. A.: bez prodělaných vážnějších nemocí, nyní střední stádium DAT, velmi silně narušena krátkodobá paměť, vyskytují se poruchy orientace v čase i prostoru (zapomíná jména příbuzných, nezvládá obsluhu domácnosti – neohřeje si jídlo apod.). Navíc se objevuje stále častější inkontinence, začíná docházek k pádům v bytě.

Stav péče: paní již značně závislá na péči (koupání, nákupy, úklid, pochůzky), v rámci IP se péče zaměřuje na udržení mentálních aktivit na přijatelné úrovni, s klientkou se pravidelně čte a povídá, občas společné koukání na televizi apod.

Výhled: vzhledem k postupující demenci se aktuálně řeší umístění do domova seniorů

Frontotemporální demence:

Žena, 84 let, v DPS

S.A.: dvě děti (dcery), základní vzdělání, pracovnice v textilním odvětví

Z.A.: výrazné změny nálad a výkyvy chování, chodí značně zanedbaná, velmi jednoduchá mluva

Stav péče: dosud se převážně starají dcery, PS zajišťuje obědy a občasný úklid

Výhled: zatím většinu péče zvládá rodina, zatím není nutné větší zajištění péče

Demence u Parkinsonovy nemoci:

Žena, 62 let, v DPS

S. A.: tři děti (2 dcery a syn), vyučena, pracovnice ve strojírenství

Z. A.: před čtyřmi roky diagnostikována Parkinsonova nemoc, objevoval se třes horních končetin, problémy s chůzí, občasné pády. Nyní se k PN přidávají i projevy lehké demence (zapomínání v oblasti krátkodobé paměti a exekutivních funkcí).

Stav péče: aktuálně je péče zaměřena na pomoc při pohybu v bytě a při krátkých cestách do klubu seniorů apod. Ostatní péči zajišťuje rodina.

Výhled: Vzhledem k potupující PN bude záhy nutno rozšířit spektrum péče, jedná se s rodinou o zajištění koupání, ohřívání jídla a dohledu nad pitným režimem.

Vaskulární demence:

Muž, 77 let, v terénu

S. A.: jeden syn, středoškolské vzdělání, pracoval ve stavebnictví

Z. A.: před rokem došlo k cévní mozkové příhodě, po cca 3 měsících v nemocnici po návratu zjištěna významná změna zdravotního stavu, před příhodou se jednalo o velice činorodého muže se spoustou koníčků apod., nyní je silně pasivní, trpí depresemi, nevychází z bytu, navíc jej sužují problémy s vysokým krevním tlakem a další zdravotní komplikace.

Stav péče: základní péči o byt klienta zajišťuje PS, o ostatní se zatím stará syn

Výhled: péči není prozatím třeba rozšiřovat, pokud se bude o klienta dál starat rodina

Demence s Lewyho tělísky

Klientka, 78 let, obyvatelka DPS

S. A.: dvě děti, vyučena, pracovala jako skladnice, aktuálně značně podivná situace ohledně hospodaření s důchodem klientky (dochází k neplacení nájmu, dluhy na elektřině) – vzájemné obviňování dětí, kdo z nich „zapomněl“ z důchodu zaplatit tyto služby – připravuje se řešení formou ustanovení zvláštního příjemce PnP a důchodu.

Z. A.: projevy demence s Lewyho tělísky – velmi časté a pro klientku i reálné halucinace (po bytě se jí pohybují osoby, které tam nejsou, sousedka ke klientce prochází skrz zeď a ukrývá jí věci apod.

Stav péče: péče omezena na minimum, děti se starají téměř sami, klientka nemá v bytě dostatek jídla...

Výhled: řeší se ustanovení zvláštního příjemce, vzhledem ke stoupající nepřizpůsobivosti klientky (slovně napadá sousedy apod.) se řeší umístění v domově seniorů.

Alkoholová demence:

Muž, 60 let, bydlí v DPS

S. A.: bezdětný, bez příbuzných, nějakou dobu bezdomovec, v mládí automobilová nehoda, ztráta hybnosti levé paže. Nyní zbaven svéprávnosti, ustanoven opatrovník – pracovník libereckého magistrátu.

Z. A.: od cca 35 let silná závislost na alkoholu, opakovaně léčen na psych. léčebně pro závislost, nyní již 5 let bez alkoholu, projevy alkoholové demence, vybavuje si jen období před tím, než začal silně pít, období bezdomovectví si vybavuje jen velmi špatně.

Stav péče: poskytován velký rozsah péče s cílem aktivizovat klienta a preventivně bránit nebezpečí opětovného zneužívání alkoholu.

Výhled: dál aktivizovat, zabránit pití alkoholu

Posttraumatická demence:

Muž, 40 let, v DPS

S. A.: bezdětný, úplná rodina, před 8 lety utrpěl při automobilové nehodě těžký úraz hlavy s vážnými následky (pod vlivem alkoholu přecházel rychlostní komunikací), na základě vážného poškození mozku projevy epilepsie, zřetelné poškození paměťových a řečových funkcí. Rodina se jej zřekla, ustanoven opatrovník – pracovník libereckého magistrátu

Z. A.: vážný úraz hlavy – poškození řečových a paměťových funkcí (krátkodobá paměť), rovněž postižena hybnost levé dolní končetiny